MEJORAMIENTO CONTINUO

MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA ESE 2026

CODIGO:	MC-F-91
VERSION:	3
VIGENCIA:	26/06/2025

Procesos				Identificación del riesgo						Análisis del riesgo inherente						Evaluación del riesgo - Valoración de los controles											Valoración solidez de los controles	Concepto Evidencias	Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual						
																			Atributos															
Macro proceso	Nº Proceso	Proceso	Subproceso	Nº del Riesgo	Descripción del Riesgo	Causas	Consecuencias	Sub Sistema de Riesgo	Clasificación del riesgo	Factor de 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	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento
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 proveedores	Leve	20%	Bajo	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%	Leve	20%	Bajo	Bajo	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 gestión y desempeño institucional	Sanciones administrativas	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	40%	Moderado	1	El profesional de Planeación realiza seguimiento a Planes de acción de las políticas de MIPG, trimestralmente mediante actas de reuniones ordinarias y extraordinarias	Impacto	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentado	Analisis	Con Registro		Actas de comité MIPG	60,0%	Media	60%	Menor	40%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
				3	Posibilidad de no presentar informes, no reportar o reporte extemporaneo de informacion a los entes de inspección, vigilancia y control N/C, lo que puede comprometer la transparencia y la rendición de cuentas de la E.S.E	Falta de planificación y organización en la recopilación y presentación de información. Insuficiente capacitación del personal responsable de la presentación de informes. Problemas técnicos o fallas en los sistemas de información. Falta de comunicación efectiva entre departamentos o áreas involucradas. Priotización de otras tareas o proyectos sobre la presentación de informes.	1. Sanciones económicas y administrativas por parte de los entes de control. 2. Pérdida de credibilidad y reputación de la organización. 3. Dificultades para obtener financiamiento o aprobación de proyectos. 4. Investigaciones y supervisión más estricta por parte de los entes de control. 5. Impacto negativo en la toma de decisiones estratégicas debido a la falta de información oportuna y precisa.	2.Riesgo operacional	Reputacional	Procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	40%	Moderado	1	El profesional líder del area y/o proceso debe asegurarse que todos los informes obligatorios a N/C se preparen, revisen y presenten completos y en los plazos exigidos, y que exista evidencia verificable de cumplimiento, con alertas y acciones en caso de incumplimiento.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		1. Certificacion de Informes entregados oportunamente en el trimestre 2. Evidencia de cargas oportuno en la respectiva plataforma del ente de N/C	60,0%	Media	60%	Menor	40%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
				4	Posibilidad de que se suscriban contratos para la prestación de servicios de salud sin cumplir con los requisitos mínimos exigidos en el Decreto 441 de 2022, comprometiendo la legalidad, calidad y trazabilidad de los procesos contractuales, como consecuencia de omisiones en la revisión documental o desconocimiento de los lineamientos normativos aplicables, debido a deficiencias en la articulación entre las áreas técnica, jurídica y administrativa, falta de capacitación en la norma y ausencia de controles previos estandarizados.	Ausencia de listas de verificación alineadas con el Decreto 441 de 2022, la falta de apropiación de la normativa por parte de los funcionarios responsables, debilidad en los mecanismos de revisión y aprobación documental antes de la suscripción contractual y la carencia de procedimientos formales que garanticen el cumplimiento de los requisitos mínimos habilitantes. También influye la falta de capacitación periódica y la presión institucional para avanzar con procesos sin validación completa.	Programa de transparencia y etica empresarial(PTEE)	Operativo	Procesos	25	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	40%	Moderado	1	La Oficina Asesora de Planeación realiza mesas técnicas de revisión de los contratos antes de su suscripción y aplica la lista de chequeo establecida en la Resolución 441 de 2022, con el propósito de verificar la completitud de los requisitos y asegurar que cada expediente contractual cuente con dicha lista debidamente diligenciada como evidencia del cumplimiento normativo.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		1. Acta y Listado de asistencia de las mesas técnicas realizadas 2. Formato lista de chequeo resolución 441 de 2022 debidamente diligenciado. 3. Expediente físico y/o digital del contrato con lista de chequeo adjunta	40,0%	Baja	40%	Leve	20%	Bajo	Moderado	Reducir (mitigar)
				5	Posibilidad de que la entidad, a través de sus procesos operativos, contractuales, financieros o asistenciales, sea utilizada para ocultar o dar apariencia de legalidad a fondos o activos provenientes de actividades ilícitas, como consecuencia de fallas en los controles de debida diligencia, monitoreo y análisis de operaciones, debido a una implementación deficiente del SARLAFT, debilidades en la cultura de cumplimiento y falta de articulación entre las áreas responsables de prevenir estos riesgos.	Falta de aplicación inadecuada o superficial de los procedimientos establecidos en el SARLAFT, deficiencias en los mecanismos de identificación y conocimiento de terceros (clientes, proveedores, contratistas), ausencia de análisis y reporte efectivo de operaciones inusuales o sospechosas, y escaso monitoreo de procesos críticos donde podrían presentarse riesgos de LA/FT/FPADM. Además, influye la falta de formación del personal frente a los lineamientos normativos, la falta de tecnología para la trazabilidad y la débil gestión del riesgo interdependencial.	1. Cosificación de la entidad como canal para actividades ilícitas. Sanciones administrativas, disciplinarias o penales por parte de autoridades de control. 2. Pérdida de credibilidad y afectación de la imagen institucional. Hallazgos negativos en auditorías SARLAFT o visitas de inspección. 3. Exposición a entidades elevado ante entidades del sector salud y financiero. 4. Inclusión en listas de entidades con deficiente gestión del riesgo LA/FT. 5. Dificultades para establecer alianzas	6.Riesgo de lavado de activos y financiación de terrorismo (SARLAFT)	Fraude interno	Institucional	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 proveedores	Leve	20%	Bajo	1	El Oficial de Cumplimiento realiza trimestralmente la verificación de la implementación de los procedimientos definidos en el Manual SARLAFT en las áreas de Talento Humano, Contratación, Almacén y Tesorería, con el fin de asegurar su correcta aplicación y dejar constancia de los resultados obtenidos a través del informe trimestral de seguimiento al sistema SARLAFT y estableciendo planes de mejora ante las desviaciones encontradas.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		*Informe de SARLAFT *Actas de seguimiento a las oficinas del riesgo * Soportes de capacitación/Socializaciones *Plan de mejora cuando aplique	24,0%	Baja	24%	Leve	20%	Bajo	Moderado	Reducir (mitigar)
	2	MEJORAMIENTO CONTINUO	No aplica	6	Probabilidad de sanciones debido al NO reporte o reporte extemporaneo de información legal a entes de inspección vigilancia y control frente a resolución 408 de 2018 (indicadores 1, 2 /2), Resolución 256 de 2016, Decreto 2193 (falta de calidad), circular 012 Super intendencia Nacional de Salud.	Reporte inoportuno o extemporaneo de la información. *Fallas en los sistemas de información 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 proveedores	Leve	20%	Bajo	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 (gestiondelmento, formulación, adquisicion 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 de la circular 012 / 2016 SNS. 28 feb del año siguiente.	36,0%	Baja	30%	Leve	20%	Bajo	Moderado	Reducir (mitigar)
			No aplica	7	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 los mecanismos de control establecidos para asegurar la implementación 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%	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 los condiciones de habilitación, presenta informe y crea un plan de mejora para el respectivo seguimiento al cumplimiento de los estenderes minimos de habilitacion.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		1.Cronograma (anual) 2. Lista de verificación aplicada a cada grupo de estenderes 3. Informe de verificación condiciones de habilitación 4.plan de mejora 5. Seguimiento al SUH	80,0%	Alta	80%	Mayor	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
			No aplica	8	Posibilidad de que los documentos del SIG estén desactualizados o no incumplan 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 9001	2.Riesgo operacional	Reputacional y Economico	Procesos	2000	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen 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 40% 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	Correctivo	Manual	25%	Documentado	Continua	Con Registro		*Informe trimestral evaluación de cumplimiento. *Actas de seguimiento y soportes de socializaciones.	80,0%	Alta	80%	Mayor	60%	Moderado	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 y asistencias tecnicas presenciales a fin de emitir alertas a los procesos en los que estén próximo a vencerse siguno de ellos conforme a lo establecido en la guia MC-G-01.	Impacto	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Analitica	Sin registro		*Informe de cumplimiento al seguimiento mensual de cargue documental. * pantallazos de correos de alerta a cada area. *actas de seguimiento y soportes de socializaciones.	80,0%	Alta	80%	Mayor	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
			No aplica	9	Posibilidad de 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 son 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	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Menor	40%	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 analisis causal realizado con el proceso.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		*Informe planes de seguimiento a mejora *Actas de Asesoría	36,0%	Baja	30%	Menor	40%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
																		2	Crear e implementar un formato de respaldo al sistema de informacion para cuando se realicen planes de mejora.	Probabilidad	Preventivo	Ocasional	50%	Documentado	Continua	Con Registro		MC-F-107 formato plan de mejoras debidamente diligenciado. Cuando aplique su utilizacion	36,0%	Baja	30%	Menor	40%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
																		3	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 incumplimiento se genera un memorando de implicado y realiza la asistencia técnica respectiva. 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 * Actas asistencias técnica realizadas	36,0%	Baja	30%	Menor	40%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)

3	SERVICIO DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO	SIAU	10	Posibilidad de Incumplir 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	Menor	40%	Moderado	1	El profesional SIAU realiza seguimiento para que se cumplan los tiempos establecidos en las áreas o servicios implicados en las quejas y reclamos de los usuarios, se ajusten a los terminos estadisticos 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 escede el plazo, la profesional SIAU reporta a CI, el líder del proceso para gestionar con celeridad la respuesta. La constancia de los correos electrónicos enviados a los servicios implicados, el registro de los tiempos de respuesta cargados en el modulo de satisfacción de danuma, 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. * registro de los tiempos de respuesta cargados en el modulo de satisfacción de danuma. * monitoreo realizado a través del indicador de oportunidad de PQR. * informes de SIAU retroalimentados a los líderes	60.0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
			11	Posibilidad de 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	Menor	40%	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. *retroalimenta en reuniones de autocontrol con su equipo para actualizarlos e identificar las fallas existentes. *hacer las acciones correctivas necesarias.	60.0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
4	GESTION HOSPITALARIA	INTERNACION 1,2,3	12	Posibilidad de realizar tradicuada aplicación al plan terapeutico,debido a la falta de adherencia al protocolo de administracion de medicamento y al protocolo de identificacion de pacientes, lo que puede generar eventos adversos o insidentes a los usuarios, tambien afectacion economica y reputacional ee la entidad.	No adherencia al protocolo de administracion de medicamento y al protocolo de identificacion redundante de pacientes (no realizar chequeo cruzado)	*Incumplir con los objetivos de seguridad del paciente en la entidad. *Eventos adversos o insidentes a los usuarios *Afectacion economica y Reputacional	1.Riesgo de salud	Seguridad del paciente	Procesos	12030	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenible a nivel país	Mayor	80%	Alto	1	El coordinador, líder y/o jefes de enfermeria del servicios realizan Socializacion trimestral 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%	Alto	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																			2	El jefe de enfermeria de turno realizará la supervicion semanal 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 lista de verificacion de administracion de medicamentos SF-F-03 debidamente diligenciado.	100.0%	Alto	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	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 información se remite al jefe del proceso quien realiza retroalimentación correctiva con su equipo de trabajo** y si se vuelve repetitivo, toma medidas administrativas.	Impacto	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		*Listas de chequeo establecidas. *Actas de socializacion y listas de asistencia	100.0%	Alto	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																			4	El jefe de enfermeria de turno realizará la supervicion semanal aleatorea en el chequeo cruzado para los pacientes hospitalizados en el servicio	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Formato lista de verificacion de identificacion del paciente MC-F-47 debidamente diligenciado.	100.0%	Alto	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
			13	Posibilidada de que se presenten eventos adversos (Caida de pacientes), debido a la falta de adherencia al protocolo prevencion de Caidas MC-Pr-09 lo que puede ocaccionar eventos adversos o insidentes a los usuarios, tambien afectacion economica y reputacional ee la entidad.	No adherencia al protocolo prevencion de Caidas MC-Pr-09	*Incumplir con los objetivos de seguridad del paciente en la entidad. *Eventos adversos o insidentes a los usuarios *Afectacion economica y Reputacional	1.Riesgo de salud	Seguridad del paciente	Procesos	12030	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenible a nivel país	Mayor	80%	Alto	1	El coordinador, líder y/o jefes de enfermeria del servicios realizan Socializacion semestral de protocolos: * protocolo prevencion de Caidas	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Actas de socializacion y listas de asistencia	100.0%	Alto	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																			2	El jefe de enfermeria de cada turno realizara la supervicion aleatorea en el cumplimiento y adherencia al protocolo de prevencion de caidas, mediante formato lista de verificacion prevencion de caidas para los pacientes hospitalizados en el servicio.	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Formato lista de verificacion prevencion de caidas MC-F-07 debidamente diligenciado.	100.0%	Alto	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																			3	Aplicación del Formato lista de verificacion prevencion de caidas y apoyo del area de psicologia y trabajo social cuando se trate de pacientes sin acompañante permanente que vengan de trasladado de UCI o piso: *paciente desorientado *paciente bajo medicamentos antipsicoticos	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		*Nota de evolucion realizada por psicologia y/o trabajo social en la historia clinica cuando aplique. * Formato lista de verificacion prevencion de caidas MC-F-07 debidamente diligenciado.	100.0%	Alto	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
		PEDIATRIA	14	Posibilidad de realizar tradicuada aplicación al plan terapeutico,debido a la falta de adherencia al protocolo de administracion de medicamento y al protocolo de identificacion de pacientes, lo que puede generar eventos adversos o insidentes a los usuarios, tambien afectacion economica y reputacional ee la entidad.	No adherencia al protocolo de administracion de medicamento y al protocolo de identificacion redundante de pacientes (no realizar chequeo cruzado)	*Incumplir con los objetivos de seguridad del paciente en la entidad. *Eventos adversos o insidentes a los usuarios *Afectacion economica y Reputacional	1.Riesgo de salud	Reputacional y Economico	Procesos	5480	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenible a nivel país	Mayor	80%	Alto	1	El coordinador, líder y/o jefes de enfermeria del servicios realizan Socializacion semestral de protocolos: * Administracion de medicamentos * Identificacion redundante de Pacientes.	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Actas de socializacion y listas de asistencia	100.0%	Alto	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																			2	El jefe de enfermeria de turno realizará la supervicion semanal de la aplicación de medicamentos en un horario aleatorio para los pacientes hospitalizados en cada servicio	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Formato lista de verificacion de administracion de medicamentos SF-F-03	100.0%	Alto	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	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 información se remite al jefe del proceso quien realiza retroalimentación correctiva con su equipo de trabajo** y si se vuelve repetitivo, toma medidas administrativas.	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Listas de chequeo establecidas. Actas de socializacion y listas de asistencia	100.0%	Alto	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																			4	El jefe de enfermeria de cada turno realizara la supervicion aleatorea en el chequeo cruzado para los pacientes hospitalizados en cada servicio	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Formato lista de verificacion de identificacion del paciente MC-F-47	100.0%	Alto	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
			15	Posibilidada de que se presenten eventos adversos (Caida de pacientes), debido a la falta de adherencia al protocolo prevencion de Caidas MC-Pr-09 lo que puede ocaccionar eventos adversos o insidentes a los usuarios, tambien afectacion economica y reputacional ee la entidad.	No adherencia al protocolo prevencion de Caidas MC-Pr-09	*Incumplir con los objetivos de seguridad del paciente en la entidad. *Eventos adversos o insidentes a los usuarios *Afectacion economica y Reputacional	1.Riesgo de salud	Reputacional y Economico	Procesos	5480	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenible a nivel país	Mayor	80%	Alto	1	El coordinador, líder y/o jefes de enfermeria del servicio realizan Socializacion semestral de protocolos: * protocolo prevencion de Caidas	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Actas de socializacion y listas de asistencia	100.0%	Alto	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																			2	El jefe de enfermeria de cada turno realizara la supervicion aleatorea en el cumplimiento y adherencia al protocolo de prevencion de caidas, mediante formato lista de verificacion prevencion de caidas para los pacientes hospitalizados en el servicio.	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Formato lista de verificacion prevencion de caidas MC-F-07	100.0%	Alto	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
			16	Posibilidad de realizar tradicuada aplicación al plan terapeutico,debido a la falta de adherencia al protocolo de administracion de medicamento y al protocolo de identificacion de pacientes, lo que puede generar eventos adversos o insidentes a los usuarios, tambien afectacion economica y reputacional ee la entidad.	No adherencia al protocolo de administracion de medicamento y al protocolo de identificacion redundante de pacientes (no realizar chequeo cruzado)	*Incumplir con los objetivos de seguridad del paciente en la entidad. *Eventos adversos o insidentes a los usuarios *Afectacion economica y Reputacional	1.Riesgo de salud	Reputacional y Economico	Procesos	6250	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenible a nivel país	Mayor	80%	Alto	1	El coordinador, líder y/o jefes de enfermeria del servicios realizan Socializacion semestral de protocolos: * Administracion de medicamentos * Identificacion redundante de Pacientes.	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Actas de socializacion y listas de asistencia	100.0%	Alto	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																			2	El jefe de enfermeria de cada turno realizara la supervicion aleatorea en el cumplimiento y adherencia al protocolo de administracion de medicamentos en un horario aleatorio para los pacientes hospitalizados en el servicio	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Formato lista de verificacion de administracion de medicamentos SF-F-03	100.0%	Alto	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	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 información se remite al jefe del proceso quien realiza retroalimentación correctiva con su equipo de trabajo** y si se vuelve repetitivo, toma medidas administrativas.	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Listas de chequeo establecidas. Actas de socializacion y listas de asistencia	100.0%	Alto	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)

		UNIDAD MENTAL														4	El jefe de enfermeria de cada turno realizara la supervicion aleatoria en el cumplimiento y adherencia al protocolo identificacion redundantes de pacientes, para los pacientes hospitalizados en el servicio	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Formato lista de verificacion de identificacion del paciente MC-F-47	100,0%	Alta	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
			17	Posibilidada de que se presenten eventos adversos (Caida de pacientes), debido a la falta de adherencia al protocolo prevencion de Caidas MC-PI-58 lo que puede ocaciorner eventos adversos o insidentes a los usuarios, tambien afectacion economica y reputacional en la entidad.	No adherencia al protocolo prevencion de Caidas MC-PI-58	*Incumplir con los objetivos de seguridad del paciente en la entidad. *Eventos adversos o insidentes a los usuarios *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 pais	Mayor	80%	Alto	1	El coordinador, lider y/o jefes de enfermeria del servicios realizan Socializacion semestral de protocolos: * protocolo prevencion de Caidas	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Actas de socializacion y listas de asistencia	100,0%	Alta	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																2	El jefe de enfermeria de cada turno realizara la supervicion aleatoria en el cumplimiento y adherencia al protocolo de prevencion de caidas, mediante formato lista de verificacion prevencion de caidas para los pacientes hospitalizados en el servicio	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Formato lista de verificacion prevencion de caidas MC-F-57	100,0%	Alta	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
			18	Posibilidada de que se presenten Eventos adversos (Fuga de Pacientes), debido a la falta de adherencia al protocolo de prevencion y accion ante una fuga MC-PI-14 y a la falta de vigilancia de acceso e infraestructura, lo que puede ocaciorner eventos adversos o insidentes a los usuarios, tambien afectacion economica y reputacional en la entidad.	*No adherencia al protocolo de prevencion y accion ante una fuga MC-PI-14 *Falta de vigilancia de acceso e infraestructura	*Incumplir con los objetivos de seguridad del paciente en la entidad. *Eventos adversos o insidentes a los usuarios *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 pais	Mayor	80%	Alto	1	El coordinador, lider y/o jefes de enfermeria del servicios realizan Socializacion semestral de protocolos: *protocolo de prevencion y accion ante una fuga.	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Actas de socializacion y listas de asistencia	100,0%	Alta	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	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 verificadas sobre la adherencia al correcto de medicamentos en los servicios. Cuando encuentran desviación se deja compromiso. **Esta informacion se remite al jefe del proceso quien realiza retroalimentación correctiva con su equipo de trabajo** y si es viative repetitivo, toma medidas administrativas.	Probabilidad	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	Alto	Aceptar
5	GESTION DEL CUIDADO CRITICO	UCI NEONATAL	19	Posibilidad de generar eventos adversos en la aplicación de medicamentos, debido a la falta de adherencia al protocolo de administracion de medicamentos SF-Pr-01 y al protocolo de identificacion redundante de pacientes MC-Pr-08 (lo que podria ocaciorner afectacion en la seguridad del paciente y afectacion economica y Reputacional de la entidad.	No adherencia al protocolo de administracion de medicamentos SF-Pr-01 y al protocolo de identificacion redundante de pacientes MC-Pr-08 (no realizar chequeo cruzado)	Incumplir con los objetivos de seguridad del paciente en la entidad. Afectacion economica y Reputacional	1.Riesgo de salud	Reputacional y Economico	Procesos	1230	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel pais	Mayor	80%	Alto	1	El coordinador, lideres y/o jefes de enfermeria del servicio realizan Socializacion Trimestral de protocolos: * Administracion de medicamentos * Identificacion redundante de Pacientes.	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Actas de socializacion y listas de asistencia	100,0%	Alta	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																2	El jefe de enfermeria de cada turno realizara la supervicion aleatoria en el cumplimiento y adherencia al protocolo: *Administracion de medicamentos *Identificacion redundante de Pacientes, mediante la aplicacion de los formatos lista de verificacion de administracion de medicamentos SF-F-50 y lista de verificacion de identificacion del paciente MC-F-47, para los pacientes hospitalizados en el servicio	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		*Formato lista de verificacion de administracion de medicamentos SF-F-50 *Formato lista de verificacion de identificacion del paciente MC-F-47 debidamente diligenciados	100,0%	Alta	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
			20	Posibilidad de generar eventos adversos relacionados con la fase preanalitica de toma de muestras de laboratorio. Debido a la falta de adherencia al Manual Toma de Muestras LC-M-02, Incumpliendo con los objetivos de seguridad del paciente y Afectando economica y Reputacionalmente a la entidad.	No adherencia al Manual Toma de Muestras LC-M-02	Incumplir con los objetivos de seguridad del paciente en la entidad. Afectacion economica y Reputacional	1.Riesgo de salud	Reputacional y Economico	Procesos	1230	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel pais	Mayor	80%	Alto	1	El lidere y/o jefes de enfermeria del servicios realizan Socializacion Trimestral del Manual: * Manual toma de Muestras LC-M-02 * Protocolo identificacion redundante	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Actas de socializacion y listas de asistencia	100,0%	Alta	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																2	El jefe de enfermeria de turno realizara la supervicion aleatoria en el cumplimiento y adherencia al Manual toma de Muestras LC-M- 02, para los pacientes hospitalizados en el servicio. Mediante la aplicación del formato lista de verificacion de toma de muestra sanguinea LC-F-167	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Formato lista de verificacion de toma de muestra sanguinea LC-F-167 debidamente diligenciado	100,0%	Alta	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
			21	Posibilidad de que se generen lesiones en mucosa oral durante la alimentacion con copa o vasos, de bido a la falta de adherencia al protocolo de nutricion enteral para neonatos GCC-PT-35 lo que puede ocaciorner eventos adversos con los objetivos de seguridad del paciente y Afectando economica y Reputacionalmente a la entidad.	*No adherencia al protocolo de nutricion enteral para neonatos GCC-PT-35 *Material de los dispositivos (copa o vasos) no adecuado	Incumplir con los objetivos de seguridad del paciente en la entidad. Afectacion economica y Reputacional	1.Riesgo de salud	Reputacional y Economico	Procesos	1230	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitarios sostenible a nivel pais	Mayor	80%	Alto	1	El coordinador, lideres y/o jefes de enfermeria del servicio realizan Socializacion Trimestral de protocolos: * Protocolo de nutricion enteral para neonatos GCC-PT-35	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Actas de socializacion y listas de asistencia	100,0%	Alta	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																2	El lider y/o jefes de enfermeria del servicios crearan un formato lista de verificacion de nutricion enteral para neonatos, para medir la adherencia al manual y lo implementaran en el servicio.	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		*Formato GCC-F- lista de verificacion de nutricion enteral para neonatos debidamente codificado * Implementado en el servicio debidamente diligenciado	100,0%	Alta	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																3	Realizar pedido de suministros y medicamentos necesarios para garantizar el normal funcionamiento del servicio. Dejando trazabilidad del pedido realizado y la respuesta del area de farmacia o almacen.	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		*Oficios, correos y demas solicitudes realizadas. *trazabilidad del pedido realizado y la respuesta del area de farmacia o almacen.	100,0%	Alta	100%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
		UCI ADULTOS	22	Posibilidad de generar eventos adversos **(ULCERAS POR PRESION, CAIDAS, ESTUBACION NO PROGRAMADA, EVENTOS EMBOLICOS** por fallas atribuibles al personal de los servicios de cuidado crítico, lo que podria generar eventos o incidentes en los pacientes, Mayor costo en la UCI por estancias prolongadas Perdida economica y reputacional	1.Falta de un proceso de induccion con evaluacion para corroborar las competencias funcionales de los colaboradores del servicio 2. No identificación de los principales riesgos de los pacientes del servicio caidas, ulceras por presion, estubacion no programada, eventos embólicos 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 HDM Perdida economica y reputacional	1.Riesgo de salud	Usuarios	Procesos	2650	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitarios sostenible a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Moderado	60%	Alto	1	La coordinada y/o jefe del servicio realizan de manera mensual capacitaciones en los protocolos inherentes al servicio para verificar y fortalecer los conocimientos del talento humano que labora en UCIN.	Impacto	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		* Acta de capacitaciones con lista de asistencia y evaluaciones realizadas	80,0%	Media	Media	Moderado	60%	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, estubacion no programada, eventos embólicos) para garantizar la correcta identificación de los riesgos presentes. Del control realizado quedan las listas de chequeo verificadas sobre los paciente	Probabilidad	preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Listas de chequeo verificadas sobre cada paciente	80,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
																3	La coordinadora del servicio de UCIA verifica mensualmente que la gestora de seguridad del servicio haga realizado el chequeo pertinente. 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	80,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)

MISIONALES	6	GESTION DE URGENCIAS Y OBSTETRICIA	No aplica	23	Posibilidad de realizar una indebida clasificación del triage debido a la falta de competencia del talento humano y a la falta de adherencia a la resolución 5596 de 2015, ocasionando Complicaciones del estado clínico a la entrada de la atención de los pacientes.	*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 publicitario sostenible a nivel país	Mayor	80%	Alto	1	El 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	Mensual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Registro de justificación de la clasificación realizada en anexo de HC de triage.	60,0%	Alta	80%	Moderado	60%	Alto	Moderado	Reducir (mitigar)
																			2	El coordinador de urgencias con cada vinculación de personal medico nuevo realizar socialización del procedimiento institucional basado en la resolución 5596 de 2015 dejando constancia en las listas de asistencia	Impacto	preventivo	Mensual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Acta y Listas de asistencia de socialización del procedimiento institucional basado en la resolución 5596 de 2015	60,0%	Alta	80%	Moderado	60%	Alto	Moderado	Reducir (mitigar)
				24	Posibilidad de que se presenten Maertes maternas y perinatales, debido a la falta de adherencia del personal asistencial a las guías de atención materno-perinatal. Ocacionando la perdida de la reputacion institucional y sanciones penales, disciplinarias y fiscales	Falta de adherencia del personal asistencia a las guías de atención materno-perinatal.	*Perdida de la reputacion institucional *Incurr incurrir a la entidad en sanciones penales, disciplinarias y fiscales	1.Riesgo de salud	Seguridad del paciente	procesos	4702	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%	Moderado	1	El profesional de calidad (seguridad del paciente) verifica trimestralmente mediante listas de chequeo, la adherencia a las Guías de Cotidiano materno (Hemorragia, sepsis, hipertensiva, sepsis y atención integral del parto) sobre las historias clínicas y la oportunidad en la toma e interpretación 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 socialización del informe como control preventivo de los sucesos no deseables. El acta es remitida al líder del proceso Gestion de Urgencias y Obstetricia para su consolidación y generación de seguimiento interno que se fraciba en su proceso y presente el informe respectivo como evidencia a su riesgo.	Probabilidad	preventivo	Mensual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		*Informe de la adherencia a las Guías de Cotiadyo materno *Listas de chequeo *Acta de socialización con lista de asistencia	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, ocupada de salud por medio de formato hoja de alerta temprana obstetrica (GUO-F-32) 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 el fin de identificar los riesgos maternos.La evidencia de este control serán las registros en el formato anteriormente mencionados. Los cuales son remitidos al líder del proceso GUO para la consolidación de su información. Los hallazgos deben ser socializado mensualmente en reunion de autocontrol, realizando sensibilizacion frente a la importancia del diligenciamiento completo de los formatos, valores normales y cuando los valores generan una alerta tanto en la madre como en el recien nacido, la cual debe ser reportada oportunamente para evitar la materialización del riesgo (codigo rojo)	Probabilidad	preventivo	Mensual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe de implementacion , registro y seguimiento en los formatos GUO-F-02 GUO- F-05 (muestreo de 10 HC mensuales) Acta de socializacion de autocontrol con registros de asistencia	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
																			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 líder del proceso GUO para la consolidación de su información.	Probabilidad	preventivo	Mensual	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 medicoquirúrgicos utilizados 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 y GUO-F-30. Los cuales son remitidos al líder del proceso GUO para la consolidación de su información.	Probabilidad	preventivo	Mensual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Los registros realizados en el formato GUO-F-23 y GUO-F-30	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
				25	Posibilidad de realizar administracion de medicamentos al paciente incorrecto, debido a la no adherencia al protocolo de administracion de medicamentos y al protocolo de identificacion redundante de pacientes, lo que podria ocaccionar Eventos Adversos y Causar pérdida de la confianza del usuario y su familia frente a la institución.	No adherencia al protocolo de administracion de medicamentos No adherencia al protocolo de identificacion 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 publicitario sostenible a nivel país	Mayor	80%	Moderado	1	El líder del proceso realiza solicitud de compra de sillas para poder garantizar 1 silll por cada paciente , y la trazabilidad del pedido y respuesta del area de almacen hasta materializar su compra	Probabilidad	preventivo	Mensual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		*Documento de solicitud de compra * Trazabilidad del pedido y respuesta del area de almacen hasta materializar su compra y que se garantice un silll por paciente.	100,0%	Media	80%	Moderado	60%	Moderado	Alto	Reducir (mitigar)
																			2	El líder del proceso realiza socialización trimestral de los protocolos: * administracion de medicamentos (sensibilizacion de los 12 correctos) * identificacion redundante de pacientes (chequeo cruzado)	Probabilidad	preventivo	Mensual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Acta de socialización y lista de asistencia.	100,0%	Media	80%	Moderado	60%	Moderado	Alto	Reducir (mitigar)
																			3	Las gestoras de seguridad del paciente realizan medicion trimestral de adherencia a protocolos. El resultado de la medicion sera remitido al líder del proceso para su socialización con su equipo de trabajo y su respectivo informe.	Probabilidad	preventivo	Mensual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informes de medición de adherencia y listas de chequeo.	100,0%	Media	80%	Moderado	60%	Moderado	Alto	Reducir (mitigar)
				26	Posibilidada de que se presenten Eventos adversos (Fuga de Pacientes), debido a la falta de adherencia al protocolo de prevencion y accion ante una fuga MC-Pr-14 y a la falta de vigilancia de acceso e infraestructura, lo que puede ocacionar eventos adversos o incidentes a los usuarios, tambien afectacion economica y reputacional en la entidad.	No adherencia al protocolo de prevencion y accion ante una fuga MC-Pr-14.	*Incumplir con los objetivos de seguridad del paciente en la entidad. *Eventos adversos o incidentes a los usuarios *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 publicitario sostenible a nivel país	Mayor	80%	Moderado	1	El líder del proceso realiza socialización trimestral de los protocolos: * prevencion y accion ante una fuga * identificacion redundante de pacientes (chequeo cruzado)	Probabilidad	preventivo	Mensual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Acta de socialización y lista de asistencia.	100,0%	Media	80%	Moderado	60%	Moderado	Alto	Aceptar
																			2	Las gestoras de seguridad del paciente realizan medicion trimestral de adherencia a protocolos. El resultado de la medicion sera remitido al líder del proceso para su socialización con su equipo de trabajo y su respectivo informe.	Probabilidad	preventivo	Mensual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informes de medición de adherencia y listas de chequeo.	100,0%	Media	80%	Moderado	60%	Moderado	Alto	Aceptar
	7	TRANSVERSAL	SUBGERENCIA CIENTIFICA	27	Posibilidad que no se cumpla con el plan terapeutico integral en la atencion del paciente.	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 publicitario sostenible a nivel país	Mayor	80%	Moderado	1	El subgerente cientifico con los auditores de concurrencia revisan periodicamente el perfil epidemiológico para determinar las primeras 5 causas de egreso hospitalario	Impacto	preventivo	Mensual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe ejecutivo trimestral de las 5 primeras causbd de egreso hospitalario	100,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Alto	Reducir (mitigar)
																			2	El Subgerente Cientifico realizara la Socializacion semestral (o cada que se requiera por rotacion de personal) dirigido a medicos generales, especialistas y demás personal paramedico de las Guias de Practica Clinica de las 5 primeras causas de egreso hospitalario	Probabilidad	preventivo	Mensual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Actas de socializacion y lista de asistencia.	100,0%	Media	80%	Moderado	60%	Moderado	Alto	Reducir (mitigar)
																			3	El subgerente cientifico con Auditoria de concurrencia Trimestralmente verifica la adherencia a las GPC a través de auditorias de cuentas medicas a muestreo de pacientes con diagnostico de las 5 primeras causas de egreso hospitalario, realizando socialización de las desviaciones obtenidas y presentando un informe al comite de Historias Clínicas.	Probabilidad	preventivo	Mensual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe ejecutivo de las resultados obtenidos de las mediciones de adherencia. acta de socializacion con lista de asistencia.	100,0%	Media	80%	Moderado	60%	Moderado	Alto	Reducir (mitigar)
																			4	El subgerente cientifico con apoyo de Sub gerencia Administrativa a través de Auditoria de concurrencia realizara un perfil con las principales causas de glosas por pertinencia medica y manejo o seguimiento realizado, obtenidos y presentando un informe al comite de Historias Clínicas. (pedir informacion a auditoria de cuentas medicas)	Probabilidad	preventivo	Mensual	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	100,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Alto	Reducir (mitigar)
				28	Posibilidad de no realizar oportunamente la evolucion diaria por parte de los especialistas, para cumplir el plan terapeutico integral	* Que no haya una plirificacion del TH correspondiente (tiempos y actividades) * Que no haya una oportunidad en los resultados y la interdependencias de las ayudadas diagnosticas * Que se presenten fallas en los sistemas de informacion (internet, hardware, software, redes)	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 publicitario sostenible a nivel país	Mayor	80%	Moderado	1	La subgerente científica monitorea diariamente a través de los auditores concurrentes de cada servicio, que todo los usuarios de la institución cuenten con notas de evolución por las especialidades tratantes. Se realizara notificacion por los auditores de manera diaria a subgerencia científica mediante correo electronico.	Probabilidad	Preventivo	Mensual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Notificación por los auditores de manera diaria a subgerencia científica mediante correo electronico.	100,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Alto	Reducir (mitigar)

8	GESTION QUIRURGICA	No aplica	29	Posibilidad de que se incrementen las Infecciones en sitio operatorio, debido a la falta de adherencia a los protocolos de limpieza y desinfección, lavado de manos y asepsia y antisepsia en sitio operatorio.	Falta de adherencia a los protocolos de limpieza y desinfección, lavado de manos y asepsia y antisepsia en sitio operatorio.	Incumplir los objetivos de seguridad en la atención *ocasionar eventos y/o incidentes a los usuarios	1.Riesgo de salud	Seguridad del paciente	Procesos	1995	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel del sector administrativo, nivel departamental o municipal	Moderado	60%	Moderado	1	El jefe del servicio corrobora la ejecución de las actividades de limpieza y desinfección de las áreas, mediante la inspección y verificación del diligenciamiento por parte de la auxiliar de enfermería de los formatos establecidos (GQ-F-63) dejando constatado su chequeo mediante firma de los formatos.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Formatos establecidos (GQ - F - 63) debidamente evaluados 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 y 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. *se toman al hazar dos historias de cada mes .Las cuales de sacan del formato GQ- F-45 programacion de aseo de cirugia .	60,0%	Muy Alta	80%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
																	3	El monitor asignado por el jefe de cirugía capacitará trimestralmente al equipo de salas de CX, para asegurar la adherencia al protocolo de lavado de manos. Esta capacitación se complementada con las auditorías que realizan los auxiliares de enfermeria quienes 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		*Acta y formato de asistencia MC-F-03 de la socialización por parte del Jefe del servicio en adherencia al protocolo de lavado de manos listas de chequeo de lavado de manos de las actividades realizadas por las gestoras de seguridad .	60,0%	Muy Alta	80%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
9	GESTION ASISTENCIA AMBULATORIA	No aplica	30	Posibilidad de que se presente demora en la respuesta de asignación de citas, lo que genera quejas, PQR e inconformidad en los usuarios.	*Inoportunidad en la respuesta por parte del call center * Falta de talento humano *Inoportunidad de los pagos a los especialistas.	*Empeoramiento del estado de salud del usuario. *Generar Insatisfacción en los usuarios * Tutelas y generación de planes de mejora.	1.Riesgo de salud	Usuarios	Procesos	21600	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país	Mayor	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 citas (menos de 12h) por cada operario, a través del sistema de asignacion de citas de indigo donde se 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%	Alto	80%	Moderado	80%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
			31	Posibilidad de no tener las horas de consulta especializada suficientes para atender de forma oportuna la demanda, debido a la falta del talento humano, lo que ocasiona insatisfacción, quejas y PQR de los usuarios del servicio de consulta ambulatoria especializada.	Falta de talento humano de algunas especialidades Inoportuna planeación de horas de consulta especializada ambulatoria.	*Empeoramiento del estado de salud del usuario. *Generar Insatisfacción en los usuarios * Tutelas y generación de planes de mejora.	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	1	El Profesional especializado de servicios ambulatorios mensualmente verifica que los datos historicos de la estadística de consulta externa especializada informados a Subgerencia Cientifica por medio de correo institucional, corresponda a las horas contratadas para prestar el servicio. Si se presenta desviación la listar de gestion ambulatoria comunica a la subgerencia cientifica y sede gestiona un mayor número de horas de consulta especializada. 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	32	Posibilidad de realizar procesamientos de muestras que incumplen con los requisitos técnicosyo 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 la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel del 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 dashboard, tanto que exista la solicitud médica para las muestras "recibidas" como las que se "rechazan" para darle paso en el tablero a "muestras recolectadas" 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 incidental/ evento adverso.Del anterior control quedan los registros de revision de muestras y el número del reporte del evento.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Registros de revision de muestras y el número del reporte del evento.	60,0%	Media	40%	Moderado	60%	Alto	Moderado	Reducir (mitigar)
			33	Posibilidad de que los controles de calidad internos del laboratorio no alcancen 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 la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel del sector administrativo, nivel departamental o municipal	Moderado	60%	Alto	1	Los bacteriologos que procesan las muestras en cada seccion al inicio del dia verifican en el software VaBQC, 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)
			34	Posibilidad de 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 financiamo a los proveedores La demanda supera 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 la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel del sector administrativo, nivel departamental o municipal	Moderado	60%	Alto	1	La coordinadora del laboratorio mensualmente verifica la existencia de los insumos y reactivos en bodega. SE compara la estadística de los exameneas realizados con la cantidad de reactivos entregados al servicio.si se evidencia desviaciones en los reactivos se informa a los jefes de las responsables del area, mientras se realizan los nuevos 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	35	Posibilidad de que el banco de sangre no cuente con datos reales frente a los insumos necesarios para su debida operación, debido a inconsistencias en el manejo del kardex de insumos, inmunohematología e inmunoserología, lo que puede ocasionar errores en los datos de las existencias reales, lo que genera falta de oportunidad en las solicitudes por parte de los proveedores.	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 enfermería (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 producto (nombre, lote, fecha de vencimiento, solidos, etc) con el fin de llevar un control del inventario existente, además durante los primeros 5 días del mes se verifica por parte del encargado de cada sección (bacteriólogo, auxiliar de enfermería) 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 Hexabank, 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 este manera se busca satisfacer las necesidades del servicio evitando la compra excesiva de productos . Los soportes son los informes de estadística mensual y anual 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 DE GESTION PRETRANSFUSIONAL	No aplica	36	Posibilidad de que se realice entrega incorrecta de hemocomponentes, debido a la omisión de alguno de los puntos críticos de la lista de chequeo por parte del profesional y que pueda generar eventos adversos o incidentes en los pacientes a transfundir.	*No se cumple con los criterios establecidos en el protocolo ST-PT-03 –Protocolo para la solicitud de la transfusión, entrega y aplicación de hemocomponentes *no se realiza el estricto cumplimiento diligenciamiento del formato GPT-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 la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel del sector administrativo, nivel departamental o municipal	Moderado	60%	Alto	1	Los bacteriologos del Servicio Transfusional cada vez que se solicita una transfusión, verificarán el cumplimiento de la lista de chequeo de transfusión de hemocomponentes para medicos y personal 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 GPT-F-49 para cada uno de los receptores. En caso de llegarse a presentar alguna reacción adversa a 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 al comité de Seguridad del Paciente.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		formato GPT-F-49 -Lista de chequeo de transfusión de hemocomponentes para médicos y personal de enfermería.	60,0%	Medio	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Evitar
																	1	El Profesional especializado 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 verificación trimestral de la adherencia al protocolo de identificación del paciente y chequeo cruzado.	60,0%	Medio	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Evitar

13	IMAGENOLOGIA	No aplica	37	Posibilidad de tomar estudios que no corresponden al paciente o marcar estudios con datos de identificacion equivocado, debido a la Falta de adherencia al protocolo de identificacion del paciente, para evitar incidentes o eventos adversos que se puedan presentar.	Falta de adherencias al protocolo de identificacion 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 la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Moderado	60%	Alto	2	El profesional especializada de servicios ambulatorios de manera mensual, realizará el seguimiento de los errores atribuibles al personal técnico, mediante el reagrido de errores presentados por cada uno para ser retroalimentados en reuniones de autocontrol trimestral con el animo de hacer seguimiento a los errores y evitar que se sigan fallas cometidas frente a los protocolos de indentificacion del paciente y toma de estudios diagnosticos.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro		Formato de asistencia de las reuniones trimestrales de autocontrol.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (compartir)
																		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 tecnicos, dejando evidencia del hallazgo en el grupo de whatsap de imagenologia, para luego ser corregido por los tecnicos	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Verificación antes de la lectura mediante el analisis de la imagen, la correcta toma del estudio por parte de los tecnicos, dejando evidencia del hallazgo en el grupo de whatsap de imagenologia, para luego ser corregido por los tecnicos	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (compartir)
			38	Posibilidad de realizar imaciones innecesarias a los pacientes debido al desconocimiento del protocolo de identificacion redundante de pacientes o fallas en los sistemas de informacion e interfaz en aquila, lo que pueda ocasionar eventos adversos o incidentes, adicional perdida financiera o glosas.	Desconocimiento del protocolo de identificación redundante de pacientes (No realizar chequeo cruzado)	Perdida financiera	1.Riesgo de salud	Ejecución y administración de procesos	Procesos	890	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Moderado	60%	Alto	1	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	Alto	Reducir (compartir)
14	SERVICIO FARMACEUTICO	No aplica	39	Posibilidad de allegar a los servicios medicamentos que no correspondan a lo solicitado	Falta de verificacion y semaforizacion de los medicamentos Error de dispensación	Generar eventos adversos por suministro de medicamentos vencidos	1.Riesgo de salud	Seguridad del paciente	Procesos	570000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenible a nivel país	Catastrófico	100%	Extremo	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 H, 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 H con firma de funcionario que dispensa.	100,0%	Muy Alta	100%	Mayor	80%	Alto	Extremo	Reducir (compartir)
																		2	La auxiliar de enfermeria 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 Kcon 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 K con firma de funcionario que recibe lo dispensado.	100,0%	Muy Alta	100%	Mayor	80%	Alto	Extremo	Reducir (compartir)
																		3	El profesional químico farmaceutico auxiliares y regentes verifican mensualmente que todo lo dispensado en sistemas aparezca registrado y confirmado.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe mensual de verificacion	100,0%	Muy Alta	100%	Mayor	80%	Alto	Extremo	Reducir (compartir)
																		4	El profesional Químico Farmaceutico realiza el diligenciamiento y cargue oportuno del indicador con su respectivo analisis de los resultados obtenidos.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe diligenciamiento, cargue y analisis del indicador.	100,0%	Muy Alta	100%	Mayor	80%	Alto	Extremo	Reducir (compartir)
			40	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	Ejecución y administración de procesos	Procesos	258256	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenible a nivel país	Mayor	100%	Alto	1	El auxiliar de farmacia a cargo, por cuidado de turnos, semanalmente surte los productos excibidos de atraccion general en los estantes de alcacenamiento masivo de cada farmacia dispensacion, ubicando en la parte de atrás los productos mas proximos a vencer. Y de igual forma toma de estos productos para surtir unidades sueltas en los estantes de dispensacion, intercalando de otro los lotes desacuerdo a su fecha de vencimiento, asegurando que lo mas proximo a vencer, sea lo primero en salir. Por cuadro de turnos los dos primeros días y el último día de cada mes se asigna la verificacion de vencidos y proximos a vencer, sea lo primero en salir.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Acta de verificacion y rotacion de medicamentos	80,0%	Alta	80%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (compartir)
																		2	El profesional químico farmaceutico, auxiliares y regentes verifican 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 y/o acta de verificacion de la correcta semaforizacion	80,0%	Alta	80%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (compartir)
																		3	El profesional Químico Farmaceutico realiza el diligenciamiento y cargue oportuno del indicador con su respectivo analisis de los resultados obtenidos.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe diligenciamiento, cargue y analisis del indicador.	80,0%	Alta	80%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (evitar)
			41	Posibilidad de dispensar a los servicios productos farmaceuticos vencidos	*Falta de semaforizacion de medicamentos *Semaforizacion incorrecta	Provocar eventos adversos	1.Riesgo de salud	Ejecución y administración de procesos	Procesos	570000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenible a nivel país	Catastrófico	100%	Extremo	1	El profesional químico farmaceutico, auxiliares y regentes verifican el recibo de los produtos a la farmacia, la fecha de vencimiento de los mismos, reportando y devolviendo los productos que ya se encuentren vencidos y dejando la anotación en el sistema sobre las novedades encontradas en la periodicidad establecida dentro de los procedimientos internos del servicio.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Anotación en el sistema sobre las novedades encontradas.	100,0%	Muy Alta	80%	Mayor	80%	Alto	Extremo	Reducir (compartir)
																		2	El profesional químico farmaceutico, auxiliares y regentes verifican mensualmente que todo los medicamentos esten correctamente semaforizados y realiza la rotacion de mismos para la pronta utilizacion de los proximos a vencer. Por cuadro de turnos los dos primeros días y el último día de cada mes se asigna la verificacion de vencidos y proximos a vencer.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe mensual de verificacion de la correcta semaforizacion	100,0%	Muy Alta	80%	Mayor	80%	Alto	Extremo	Reducir (compartir)
			42	Posibilidad de que se pierdan los medicamentos de control	Deficiente seguimiento de las formulas de los medicamentos de control Falta de verificación de las formulas	perdida de recursos economicos	2.Riesgo operacional	Economico	Procesos	21000	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenible a nivel país	Moderado	100%	Alto	1	El auxiliar de farmacia a cargo del proceso de dispensacion verifica en cada entrega de turno que todos los 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. SF-F-21	80,0%	Alta	80%	Moderado	60%	Alto	Alto	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. **SF-F-28**	80,0%	Alta	80%	Moderado	60%	Alto	Alto	Reducir (compartir)
			43	Posibilidad de que se presente Desviación de parametros de calidad durante la produccion de Aire Medicinal y Oxigeno Medicinal.	Factores Externos Falla en los mantenimientos Correctivos y preventivos Falta de adherencia a los procesos institucionales	Eventos adversos Riesgo que perdar la certificacion en BPM	**2.Riesgo operacional**	Reputacional y 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	40%	Moderado	1	Realizar Autoinspeccion según formato (SF-F-71) FORMATO AUTOINSPECCION DEL SISTEMA DE PRODUCCION DE GASES MEDICINALES con frecuencia anual.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe autoinspección	60,0%	Media	60%	Menor	40%	Moderado	Moderado	Reducir (evitar)
																		2	Realizar Auditoria de calidad con frecuencia anual.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe auditoria de calidad	60,0%	Media	60%	Menor	40%	Moderado	Moderado	Reducir (evitar)

			44	Posibilidad de no presentar informes, no reportar o reporte extemporaneo de informacion a los entes de inspecion, vigilancia y control IVC, lo que puede comprometer la transparencia y la rendicion de cuentas de la E.S.E	Falta de planificación y organización en la recopilación y presentación de información. Insuficiente capacitación del personal responsable de la presentación de informes. Problemas técnicos o fallas en los sistemas de información. Falta de comunicación efectiva entre departamentos o áreas involucradas. Priotización de otras tareas o proyectos sobre la presentación de informes.	1. Sanciones económicas y administrativas por parte de los entes de control 2. Pérdida de credibilidad y reputación de la organización 3. Dificultades para obtener financiamiento o aprobación de proyectos. 4. Intervención o supervisión más estricta por parte de los entes de control. 5. Impacto negativo en la toma de decisiones estratégicas debido a la falta de información oportuna y precisa.	2.Riesgo operacional	Reputacional	Procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	40%	Moderado	1	El profesional líder declarara y/o proceso debe asegurarse que todos los informes obligatorios a IVC se preparen, revisen y presenten completos y en los plazos exigidos, y que exista evidencia verificable de cumplimiento, con alertas y acciones en caso de incumplimiento.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		1. Certificacion de informes entregados oportunamente en el trimestral 2. evidencia de cargas oportuno en la respectiva plataforma del ente de IVC	60,0%	Media	60%	Menor	40%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
	15	CENTRAL DE ESTERILIZACION	No aplica	45	Posibilidad de 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	Mayor	80%	Alto	1	La instrumentadora de la central de esterilización verifica trimestralmente el mantenimiento del autoclave programado 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 perferente. formato de verificación de dispositivo esterl 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 esterl de controles químicos, biológicos, etc, requeridos para el proceso.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (compartir)
																		2	La líder de central de esterilización corrobora diariamente la aplicación de los procedimientos establecidos a través del diligenciamiento del formato de verificación del dispositivo o paquete esterl CE-F-15 y para los servicios se programa de 3 a 4 visita mensual de verificación de adherencia que al proceso de esterilización a través del formato CE-F-14 Lista de chequeo y verificación de almacenamiento e integridad de paquetes esterl CE-F-16 y realiza mesas redaltas 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 debidamente diligenciados.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (compartir)
																		3	La líder de central de esterilización revisa quincenalmente el inventario de insumos del área para identificar necesidades de materiales e insumos y prever 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 solicitarlos inmediatamente mientras es solicitando 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		46	Posibilidad de que se materialicen los accidentes y enfermedades laborales, debido a actos y/o condiciones inseguras presentes en los ambientes de trabajo, esto ocasiona ausentismo laboral	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 médica *Incrementar gastos de operación. * Incumplimiento en los índices de los indicadores.	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 el procedimiento para la matriz de EPP TH-P-15.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro		Chequeo realizado a su personal, En los formatos TH-F-12.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
																		2	La oficina de SST verifica periódicamente la adherencia del uso de EPP y la aplicación de las medidas de bioseguridad por parte del personal de las sedes y servicios, y realiza mesas redaltas socializaciones de manera inmediata con los equipos de trabajo y se programan capacitaciones según necesidades de los servicios. Como evidencia de lo anterior se elaboran los respectivos actas a las cuales se les anexa los soportes del de la verificación (formato TH-F-41), este último se utiliza como insumo para la elaborar la semaforización por servicios y sedes y es compartir mensualmente a todas las dependencias de la entidad mediante correo institucional para que los jefes y el personal tomen las medidas correspondientes.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Semaforización por servicio del cumplimiento de uso de EPP.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
				47	Posibilidad de que la institución tenga un Talento humano insatisfecho, debido a un ambiente laboral desmotivante, lo cual genera baja productividad en el los colaboradores.	No tener un mecanismo para identificar y responder a las necesidades del talento humano. No realizar un seguimiento a la formulación de acciones con base en los resultados encuestas aplicadas por la encuesta de necesidades y/o de clima laboral.	Generar baja productividad en el Talento humano	2.Riesgo operacional	Economico	Procesos	1100	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 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 TH-F-69 creado para recolectar la informacion de las áreas y consolidado de la encuesta que por las mismas. El soporte de la anterior actuacion es el consolidado de la encuesta que muestran las areas de donde reportan las necesidades.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro		*TH-F-69 creado para recolectar la informacion de las áreas *consolidado de la encuesta que muestran las areas de donde reportan las necesidades.	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																		2	El director de Talento Humano verifica que los resultados arrojados por los diagnósticos institucionales(encuesta de necesidades y clima laboral) hayan sido incluidos en los planes de acción de la direccion(ejemplo matriz de capacitaciones, programa de Bienestar social)para asegurar que posteriormente se ejecuten. Cuando esta información no concuerde, la directora de TH realizará mesas redaltas con los responsables de la dirección para ser incluidos. Los registro dejados del anterior control serán los planes de acción aprobados por la directora.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro		*certificacion de actividades realizadas trimestralmente *Informe de resultados 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)
				48	Posibilidad de que el personal nuevo no se adhiera de manera rapida a los procesos institucionales, debido a la no adherencia de proceso de inducción y reinducción, lo que podria generar alteraciones en la prestación del servicio.	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 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 inducción general e inducción en puesto de trabajo, así: * El mismo,con la recepción de las calificaciones de evaluación de la prueba de inducción general por parte de los trabajadores entrantes, las cuales deben ser presentadas junto con los demás documentos requeridos para perfeccionar el contrato. *La segunda, con la recepción de la constancia de inducción en puesto de trabajo, emitida por el supervisor o jefe inmediato del trabajador, al momento de la presentación de la primera cuenta de cobro.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Certificación que evidencie la realizacion la inducción y reinducción	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 líder de área/servicio. Cuando la evaluación es reprobada se realizará mesas redaltas para nuevamente la inducción en puesto de trabajo al jefe inmediato hasta obtener una la calificación deseada.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Certificación que evidencie la realizacion de la inducción en puesto de trabajo	60,0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Evitar
				49	Posibilidad de que no se cuente con personal idóneo y competente en la institución para desarrollar sus funciones de manera eficiente, debido a la falta de capacitación y entrenamiento permanente, lo que podría generar eventos e incidentes en los usuarios y perdida reputacional y/o economica en la institución.	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 *Perdida reputacional y/o economica de la institucion	1.Riesgo de salud	Operativo	Procesos	1100	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 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 ve desempeñando de forma eficiente.Cuando encuentra desviación realiza requerimiento a la profesional a cargo para realizar las mejoras pertinentes. El registro dejado por el control es 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
		NO																																			

	16	TALENTO HUMA	TH	50	Posibilidad de no presentar informes, no reportar o reporte extemporaneo de información a los entes de inspección, vigilancia y control R/C, lo que puede comprometer la transparencia y la rendición de cuentas de la E.S.E	Falta de planificación y organización en la recopilación y presentación de información. Ineficiente capacitación del personal responsable de la presentación de informes. Problemas técnicos o fallas en los sistemas de información. Falta de comunicación efectiva entre departamentos o áreas involucradas. Priorización de otras tareas o	2.Riesgo operacional	Reputacional	Procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	40%	Moderado	1	El profesional líder del area y/o proceso debe asegurarse que todos los informes obligatorios a R/C se preparen, revisen y presenten completos y en los plazos exigidos, y que exista evidencia verificable de cumplimiento, con alertas y acciones en caso de incumplimiento.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Memorando de la entrega de informacion a la oficina de planeación (trimestre anterior)	60,0%	Media	50%	Menor	40%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
				51	Posibilidad de que se presenten actos de tráfico de influencias dentro de la E.S.E., afectando la imparcialidad en la toma de decisiones administrativas, asistenciales o contractuales, como consecuencia de presiones internas o externas ejercidas por personas con poder o relaciones jerárquicas para favorecer intereses particulares, debido a la falta de controles efectivos contra conflictos de interés, ausencia de canales seguros de denuncia segura y deficiencias en la cultura organizacional en materia de ética, integridad y transparencia.	Este riesgo se origina por la inexistencia o inadecuada aplicación de políticas de prevención de conflictos de interés, falta de independencia en algunos roles decisorios, ausencia de canales eficaces y protegidos para reportar irregularidades, y debilidad en la formación ética del personal. Además, influye la permisividad institucional frente a prácticas indebidas, la falta de controles en denuncias y la escasa trazabilidad en los procesos que involucran decisiones sensibles.	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 área de Talento Humano socializa trimestralmente el Código de Integridad a través de los diferentes medios de difusión institucional, con el fin de promover los valores éticos que orienten el comportamiento de los servidores públicos y fortalecer la cultura de integridad en la entidad.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Continua	Con Registro		*Acta de socialización * Lista de asistencia MC-F-03	60,0%	Media	50%	Mayor	80%	Alto	Alto	
				51																																

					fijos. La pérdida o ausencia de los mismos afecta la continuidad y calidad de la atención en los servicios de salud.	Falta de cultura organizacional frente a la responsabilidad sobre los bienes institucionales.	para el área de biomédica y mantenimiento. 5. Posibles hallazgos en auditorías internas o externas. 6. Deterioro de la confianza institucional.									2	Los profesionales del área de Biomédica realizan seguimiento a los movimientos de equipos biomédicos cada vez que se trasladan al área de mantenimiento Biomedico, con el fin de mantener el control sobre su ubicación y trazabilidad. Las salidas y entradas se registran en el Formato Único para Movimientos de Activos Fijos RF-F-02	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Reporte por parte del personal del area biomédica certificando la realización del seguimiento de los equipos biomédicos, mediante el formato único para movimientos de activos fijos RF-F-02	60,0%	Medio	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
			ALMACEN	57	Posibilidad de que no se suministren en su totalidad los medicamentos e insumos requeridos por el servicio farmacéutico y los servicios asistenciales en las órdenes de despacho, lo cual puede afectar la continuidad y calidad en la atención al paciente, como consecuencia de la entrega parcial o tardía de los productos, por fallas en el almacenamiento, debido a desabastecimientos, errores en la gestión de inventario, fallas en el proceso de abastecimiento o deficiente coordinación entre farmacia, almacén y los servicios clínicos.	• Falta de flujo de recursos • Falta de actualización en los inventarios • Deficiencias en los procesos de almacenamiento, abastecimiento y distribución • Errores en la digitación o validación de las órdenes de despacho, y ausencia de mecanismos de control para cruzarla entre la solicitud y lo entregado. • Demoras en la reposición de stock, la falta de alertas de agotamiento y una débil articulación entre las áreas de farmacia, almacén y los servicios de atención directa.	• Interrupción o retraso en la administración de medicamentos y terapias. • Afectación a la calidad, seguridad y oportunidad en la atención al usuario. • Generación de reprocesos y sobrecarga operativa en los servicios asistenciales. • Pérdida de confianza por parte del personal médico y de los usuarios. • Potenciales riesgos clínicos por sustituciones o retraso en los tratamientos. • Observaciones o hallazgos en auditorías asistenciales o de gestión. • Incremento en los costos operativos por manejo correctivo y urgencias logísticas.	**1.Riesgo de salud**	Ejecución y Administración de procesos	Procesos	3650	**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	La regente de almacén realiza la verificación del stock de medicamentos e insumos médicos cada vez que efectúa un despacho, consultando el sistema de inventario institucional. Esta verificación incluye el diligenciamiento de un archivo en el Excel, en la que se registran los insumos que se encuentran próximos agotarse, con un porcentaje igual o inferior al 60%. La regente comunica dicha condición a la almacenista general mediante correo electrónico y/o memorando, con el fin de iniciar oportunamente el proceso de adquisición y evitar el desabastecimiento.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Archivo de excel con la relación de los medicamentos e insumos proximos agotarse.	48,0%	Medio	48%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
				58	Posibilidad de que la entidad no cuente con el stock mínimo de medicamentos e insumos necesarios para garantizar la continuidad en la atención a los usuarios, lo cual puede generar interrupciones en la atención, afectación a la seguridad del paciente y reprocesos administrativos, como consecuencia de desabastecimientos imprevistos o prolongados, debido a deficiencias en la planificación, seguimiento y reposición del inventario, así como a una limitada articulación entre las áreas de farmacia, almacén, compras y servicios asistenciales	Los proveedores no despachan la mercancía oportunamente y de manera completa Falta de celeridad en los trámites administrativos que permitan realizar efectación operativa de las compras en el sistema. Este riesgo se origina por una inadecuada proyección de consumo y demanda de insumos, falta de actualización en los registros de inventario, errores en el sistema de control de existencias, y demoras en los procesos de reposición por parte de proveedores. También influye la carencia de políticas claras de manejo de stock mínimo, la ausencia de alertas automáticas de agotamiento, y una débil articulación entre las áreas operativas y administrativas responsables del abastecimiento.	Proveer inoportunamente los requerimientos de los servicios • Interrupción o suspensión de procedimientos médicos, quirúrgicos o terapéuticos. • Afectación directa a la calidad, seguridad y oportunidad en la atención al usuario. • Generación de reprocesos, gastos imprevistos y uso ineficiente de recursos. • Incremento en las quejas o reclamos por parte de usuarios y personal asistencial. • Riesgo regulacional e institucional ante entidades de control o aseguradoras. • Hallazgos en auditorías de gestión o en revisiones por desabastecimiento. • Dificultades para responder a situaciones de urgencia o alta demanda.	**1.Riesgo de salud**	Ejecución y Administración de procesos	Procesos	6570	**Muy Alta**	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenible a nivel país	**Mayor**	80%	**Alto**	1	La regente encargada del seguimiento de la disponibilidad de insumos, realiza seguimiento a lo enviado por el proveedor e informa a la almacenista general lo pendiente por despachar por parte de los proveedores, esto por mediante correo electrónico. Luego la almacenista solicita a los proveedores el envío de los pendientes por correo electrónico.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		El correo institucional de la gestión realizada	60,0%	Medio	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
				59	Posibilidad de que se presenten daños, deterioro o pérdida de elementos frágiles o sensibles, afectando la operatividad de los servicios y la seguridad del entorno institucional, como consecuencia de una manipulación inadecuada por parte del personal o por exposición a condiciones físicas adversas como humedad, filtraciones o fallas estructurales, debido a malas prácticas de almacenamiento, transporte y disposición de dichos elementos, así como al deterioro de la infraestructura y falta de mantenimiento preventivo.	No tener claridad sobre la manipulación de los insumos de acuerdo a su presentación. Mal estado de las instalaciones locativas Este riesgo se origina por la falta de capacitación adecuada en el manejo y protección de elementos frágiles o sensibles (equipos, insumos, documentos, materiales), carencia de señalización o empaques especiales, y debilidades en la formación del personal encargado de su manipulación. A esto se suma el deterioro físico de las instalaciones por falta de mantenimiento oportuno, presencia de filtraciones goteras o humedad, y ausencia de reparaciones técnicas regulares.	• Daño o pérdida de equipos, documentos, materiales y insumos. • Interrupciones en los servicios por falta de recursos en buen estado. • Afectación a la seguridad del personal y usuarios en las áreas comprometidas. • Incremento en los costos por reposición, reparación o reprocesos. • Pérdida de información crítica o deterioro de archivos sensibles. • Hallazgos en auditorías sobre infraestructura o gestión de activos. • Riesgo regulacional por condiciones inadecuadas en las instalaciones.	**2.Riesgo operacional**	Economico	Procesos	15695	**Muy Alta**	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenible a nivel país	**Mayor**	80%	**Alto**	1	La regente del almacen realiza la verificación en bodega de que los insumos se encuentren en optimas condiciones de almacenamiento referente a su presentacion.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Acta de registro de verificación de almacenamiento.	60,0%	Medio	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
				60	Posibilidad de que medicamentos y materiales médico-quirúrgicos caduquen antes de su uso, generando pérdidas económicas y afectación al abastecimiento oportuno en los servicios de salud, como consecuencia de una gestión inadecuada del inventario, debido a deficiencias en la planificación, rotación y control, sumadas a las fechas de vencimiento y errores en la programación de compras o en la recepción de insumos con fechas próximas a vencer. Este riesgo se refuerza por la falta de capacitación del personal logístico y la escasa articulación entre farmacia, almacén y los servicios clínicos.	Falta de control en el cumplimiento efectivo de las cláusulas tecnicas contractuales frente a medicamentos e insumos proximos a vencer Este riesgo se origina por la ausencia de controles sistemáticos para el monitoreo de fechas de vencimiento, debilidad en los mecanismos de rotación, sobreabastecimiento de ciertos productos sin análisis de consumo histórico, y errores en la programación de compras o en la recepción de insumos con fechas próximas a vencer. También influye la falta de capacitación del personal logístico y la escasa articulación entre farmacia, almacén y los servicios clínicos.	Provocar eventos adversos a los usuarios • Pérdida económica por baja, devolución o destrucción de medicamentos vencidos. • Riesgo de desabastecimiento si no se reemplazan oportunamente los productos vencidos. • Afectación a la oportunidad y continuidad en la prestación de servicios de salud. • Posible administración inadvertida de productos caducados, comprometiendo la seguridad del paciente. • Observaciones o hallazgos en auditorías internas y externas. • Aumento de la carga operativa por reprocesos y trámites de disposición final. • Deterioro de la imagen institucional frente a usuarios y entes de control.	**3.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	La regente encargada de la recepcion tecnica y medicos de los insumos verifica que productos tengan la carta de compromiso de devolución por vencimiento para requerir al proveedor el respectivo cambio.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		La recepcion tecnica y la carta de compromiso de devolucion del proveedor.	60,0%	Medio	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
				61	Posibilidad que la entidad sea objeto de sanciones legales, pérdida de credibilidad institucional o utilización como canal para operaciones de lavado de activos y financiación del terrorismo, como consecuencia de un cumplimiento deficiente de los procedimientos establecidos para su prevención, debido a falencias en la implementación efectiva del SARLAFT, escasos monitoreo por parte de los responsables del sistema y limitada apropiación del riesgo por parte del personal vinculado a los procesos críticos	El cumplimiento deficiente de los procedimientos para la prevención derivado de actitud y financiación del terrorismo, como consecuencia de una implementación parcial o ineficiente del SARLAFT dentro de los procesos institucionales. Esta situación se agrava por la falta de monitoreo y seguimiento continuo por parte de los responsables del sistema, ausencia de controles periódicos, debilidades en la articulación interdependencia y escasa apropiación del riesgo por parte del personal vinculado a áreas críticas, así como por la limitada capacitación y sensibilización frente a la normativa vigente.	1. Pérdida de confianza institucional por parte de usuarios, proveedores y entidades de control. 2. Posible vinculación de la entidad en operaciones ilícitas que comprometan su reputación. 3. Observaciones o hallazgos en auditorías internas o externas por deficiencias en el sistema de control. 4. Deterioro de la cultura organizacional frente al cumplimiento normativo y la gestión del riesgo. 5. Afectación a la credibilidad y sostenibilidad institucional a largo plazo.	**6.Riesgo de lavado de activos y financición de terrorismo (SARLAFT)**	Ejecución y Administración de procesos	Procesos	7950	**Muy Alta**	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenible a nivel país	**Mayor**	80%	**Alto**	1	El profesional jefe de Almacén verifica, antes de perfeccionar cada orden de compra, que las personas naturales o jurídicas involucradas no se encuentren relacionadas en listas restrictivas o vinculantes asociadas al riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LAFT), con el fin de prevenir vínculos con actores ilícitos. En caso de detectar coincidencias, se suspende de inmediato el proceso de compra y se reporta a las instancias correspondientes para su análisis.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Verificacion en las listados restrictivos o vinculantes de actividades de LAFT	60,0%	Medio	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																2	El jefe de Almacén confronta la información diligenciada en los formatos de conocimiento del cliente, proveedor o contratista, con el formato de SARLAFT, con la información comercial y financiera contenida en los expedientes contractuales, con el fin de identificar inconsistencias o señales de alerta. La constancia de esta revisión se deja mediante la firma en el Formato de Conocimiento del Proveedor, Contratista y Cliente	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Diligenciamiento y suscripción del formato DE-F-27 Formato de conocimiento del proveedor, contratista y cliente SARLAFT/FPADM-CGF	60,0%	Medio	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
				62	Posibles irregularidades en los procesos de adquisición de bienes o servicios con proveedores, lo cual puede generar sobrecostos, deficiencias en la calidad de los productos adquiridos, conflictos de interés y afectación a los principios de transparencia, equidad y libre competencia, como consecuencia de procesos contractuales inadecuados, direccionamiento indebido o falta de controles efectivos en la etapa precontractual, debido a deficiencias en la planeación, evaluación, seguimiento y supervisión de los procesos de contratación así como debilidad en la gestión de riesgos asociados a los proveedores	Fallas en la planeación de los requerimientos, ausencia de criterios técnicos y objetivos para la selección de proveedores, debilidades en la supervisión de procesos contractuales, desconocimiento normativo por parte del personal responsable, y falta de mecanismos eficaces para prevenir conflictos de interés. Limitada aplicación de los principios del Estatuto y Manual de Contratación de la Entidad, la carencia de estudios de mercado y la baja trasabilidad de los procesos.	1. Aumento significativo en los costos de adquisición. 2. Recepción de bienes o servicios de baja calidad o que no cumplen con las especificaciones. 3. Posibles sanciones disciplinarias o fiscales por irregularidades contractuales. 4. Pérdida de confianza institucional por parte de la ciudadanía y entes de control. 5. Hallazgos en auditorías internas o externas.	**7.Riesgo de corrupcion epacidad y fraude (SICOF)**	Fraude externo	Talento humano	7950	**Muy Alta**	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenible a nivel país	**Mayor**	80%	**Alto**	1	Las áreas de almacen y Contratacion implementan y fortalecen las medidas de control en los procesos de adquisición de bienes y servicios, con el fin de garantizar la legalidad, transparencia y eficiencia en la gestión contractual. Se realiza seguimiento de corrupción y desviaciones presupuestales. La evidencia de este control se soporta en los listas de chequeo utilizadas, los informes de revisión precontractual y los registros documentales de los expedientes contractuales debidamente conformados.	Probabilidad	Preventivo	Automático	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Certificación de los contratos y/o ordenes de compra suscritas en el periodo objeto de medición en donde se certifique por parte del responsable la debida etapa pre-contractual	60,0%	Medio	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)

				63	Posibilidad de no presentar informes, no reportar o reporte extemporaneo de información a las entes de inspección, vigilancia y control N/C, lo que puede comprometer la transparencia y la rendición de cuentas de la E.S.E	Falta de planificación y organización en la recopilación y presentación de información. Insuficiente capacitación del personal responsable de la presentación de informes. Problemas técnicos o fallas en los sistemas de información. Falta de comunicación efectiva entre departamentos o áreas involucradas. Priorización de otras tareas o proyectos sobre la presentación de informes.	1. Sanciones económicas y administrativas por parte de los entes de control. 2. Pérdida de credibilidad y reputación de la organización. 3. Dificultades para obtener financiamiento o aprobación de proyectos. 4. Intervención o supervisión más estricta por parte de los entes de control. 5. Impacto negativo en la toma de decisiones estratégicas debido a la falta de información oportuna y precisa.	**2.Riesgo operacional**	Reputacional	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 líder del area ylo proceso debe asegurarse que todos los informes obligatorios a N/C se preparen, revisen y presenten completos y en los plazos exigidos, y que exista evidencia verificable de cumplimiento, con alertas y acciones en caso de incumplimiento.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		1. Certificacion de Informes entregados oportunamente en el trimestral 2. evidencia de cague oportuno en la respectiva plataforma del ente de N/C .	60,0%	**Media**	50%	**Menor**	40%	**Moderado**	**Moderado**	Reducir (mitigar)
		ACTIVOS FIJOS		64	*Posibilidad de que se presenten hurtos y/o faltantes de activos muebles y/o bienes evidenciados en el levantamiento y actualización de los inventarios por parte de los areas y/o por parte del personal vinculado a la E.S.E., lo que puede ocasionar afectación en el area contable y deteriorar la confianza en los mecanismos internos de control, como consecuencia de la apropiación indebida de bienes institucionales.	Falta de conocimiento de los procedimientos y procesos institucional, deficiencias en los procedimientos de asignación y seguimiento de bienes, ausencia de inventarios actualizados y mecanismos de trazabilidad, así como por debilidad en la supervisión y control sobre los responsables del manejo de activos. Escasa cultura organizacional orientada a la protección de recursos públicos y la limitada capacidad de respuesta ante irregularidades detectadas.	1. Pérdida de activos fijos en la institución y/o centros de salud adscritos del HDMI 2. Falta de inventarios actualizados con el responsable periferia. 3. Falta de cultura y autocontrolos por parte de los responsables del manejo de inventarios de activos fijos del HDMI. 4. Posibles procesos disciplinarios y sanciones disciplinarias de acuerdo al caso evidenciado	**7.Riesgo de corrupcion opacidad y fraude (SICOF)**	Economico	Productos/Servicios	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 area de Activos Fijos realiza actualización, revisión de los activos fijos que estan a cargo de los responsables de las diferentes areas y/o servicios. Este se debe hacer cada vez que se cambie el RESPONSABLE con el fin de verificar la existencia física versus el sistema de Dinamica gerencial.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%					Acta de inventario Anual	60,0%	**Media**	50%	**Moderado**	60%	**Moderado**	**Moderado**	

APOYO	18	GESTION FINANCIERA	CARTERA	72	Posibilidad de que se presenten inconsistencias contables y financieras que afecten la recuperación efectiva de ingresos por prestación de servicios de salud, como consecuencia de errores en la generación de información de cartera (radicadas) y los valores reportados por las Empresas Responsables de Pago (ERP), debido a deficiencias en los procesos de conciliación, seguimiento y validación de carteras, así como a la falta de articulación entre las áreas administrativas, financieras y de facturación.	Ausencia de procedimientos sistematizados y oportunos de conciliación de cartera con las ERP, debilidades en el control y actualización de los saldos reportados, ausencia de conciliación y validación de reportes de facturación y fallas en la comunicación interinstitucional. También incide la carencia de herramientas tecnológicas adecuadas para la gestión automatizada de la cartera y la falta de seguimiento efectivo por parte de los responsables del proceso.	1. Dificultades en la recuperación de cartera y pérdida de ingresos institucionales. 2. Aumento del riesgo de prescripción de cuentas por cobrar. 3. Observaciones o hallazgos por parte de auditorías internas y externas. 4. Afectación a la liquidez y sostenibilidad financiera de la entidad. 5. Prolongación de los tiempos de respuesta en conciliaciones con las ERP. 6. Pérdida de confianza por parte de las entidades pagadoras y de control.	7.Riesgo de corrupcion opacidad y fraude (SICOF)	Ejecución y administración de procesos	Procesos	540	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Moderado	80%	Alto	1	El técnico de Cartera realiza trimestralmente conciliaciones con las entidades responsables de pago, con el fin de verificar el estado real de la cartera, acordar los valores a pagar por concepto de facturación y establecer compromisos para resolver novedades detectadas. La constancia de esta actividad queda registrada en las actas firmadas por las partes intervinientes.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Actas firmadas por las partes.	60,0%	Medio	50%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
				73	Posibilidad de no presentar informes, no reportar o reporte extemporaneo de información a los entes de inspección, vigilancia y control N/C, lo que puede comprometer la transparencia y la rendición de cuentas de la E.S.E	Falta de planificación y organización en la recopilación y presentación de información. Insuficiente capacitación del personal responsable de la presentación de informes. Problemas técnicos o fallas en los sistemas de información. Falta de comunicación efectiva entre departamentos o áreas involucradas. Priorización de otras tareas o proyectos sobre la presentación de informes.	1. Sanciones económicas y administrativas por parte de los entes de control. 2. Pérdida de credibilidad y reputación de la organización. 3. Dificultades para obtener financiamiento o apoyación de proyectos. 4. Intervención o supervisión más estricta por parte de los entes de control. 5. Impacto negativo en la toma de decisiones estratégicas debido a la falta de información oportuna y precisa.	2.Riesgo operacional	Reputacional	Procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Menor	40%	Moderado	1	El profesional líder del area y/o proceso debe asegurarse que todos los informes obligatorios a N/C se preparen, revisen y presenten completos y en los plazos exigidos, y que exista evidencia verificable de cumplimiento, con alertas y acciones en caso de incumplimiento.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		1. Certificacion de Informes entregados oportunamente en el trimestral 2. evidencia de cague oportuno en la respectiva plataforma del ente de N/C	60,0%	Medio	50%	Menor	40%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
			CONTABILIDAD	74	Posibilidad de que se generen sanciones fiscales, reprocesos contables o pagos indebidos, que afecten la gestión financiera de la entidad, como consecuencia de la liquidación incorrecta de las retenciones y deducciones tributarias aplicadas en las cuentas por pagar, debido a errores en la interpretación normativa, fallas en los sistemas de liquidación automática o deficiencias en la validación previa al giro por parte del personal encargado.	La liquidación incorrecta de las retenciones y deducciones tributarias en las cuentas por pagar se origina en la falta de actualización normativa por parte del personal responsable, debilidades en los controles automatizados de los sistemas contables, ausencia de revisión previa por una segunda instancia técnica y carencia de procedimientos estandarizados que garanticen la aplicación correcta de los conceptos tributarios exigidos por ley	1. Sanciones fiscales o requerimientos por parte de la DIAN u otros entes de control. 2. Pagos indebidos a terceros o al Tesoro Nacional. 3. Reprocesos administrativos que afectan la eficiencia financiera. 4. Hallazgos o observaciones públicas por errores no detectados oportunamente. 5. Afectación en la confidabilidad de la información contable y tributaria. 6. Observaciones en auditorías financieras y tributarias	Programa de transparencia y etica empresarial (PTSE)	Ejecución y administración de procesos	Procesos	2044	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Mayor	80%	Alto	1	El profesional del area de Contabilidad verifica, en cada cuenta por pagar, la correcta liquidación de las retenciones y deducciones tributarias, con el fin de detectar posibles errores. En caso de inconsistencias, la cuenta se devuelve al area de origen para su corrección y los hallazgos se registran en el módulo de entrega de cuentas por pagar como evidencia del control realizado.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Certificacion de la Verificacion de las cuentas, liquidación de la retencion y deducciones tributarias para detectar errores.	60,0%	Medio	50%	Moderado	80%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
				75	Posibilidad de no presentar informes, no reportar o reporte extemporaneo de información a los entes de inspección, vigilancia y control N/C, lo que puede comprometer la transparencia y la rendición de cuentas de la E.S.E	Falta de planificación y organización en la recopilación y presentación de información. Insuficiente capacitación del personal responsable de la presentación de informes. Problemas técnicos o fallas en los sistemas de información. Falta de comunicación efectiva entre departamentos o áreas involucradas. Priorización de otras tareas o proyectos sobre la presentación de informes.	1. Sanciones económicas y administrativas por parte de los entes de control. 2. Pérdida de credibilidad y reputación de la organización. 3. Dificultades para obtener financiamiento o apoyación de proyectos. 4. Intervención o supervisión más estricta por parte de los entes de control. 5. Impacto negativo en la toma de decisiones estratégicas debido a la falta de información oportuna y precisa.	2.Riesgo operacional	Reputacional	Procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Menor	40%	Moderado	1	El profesional líder del area y/o proceso debe asegurarse que todos los informes obligatorios a N/C se preparen, revisen y presenten completos y en los plazos exigidos, y que exista evidencia verificable de cumplimiento, con alertas y acciones en caso de incumplimiento.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		1. Certificacion de Informes entregados oportunamente en el trimestral 2. evidencia de cague oportuno en la respectiva plataforma del ente de N/C	60,0%	Medio	50%	Menor	40%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
			FACTURACION	76	Posibilidad de que se generen glosas, devoluciones o disminución de ingresos para la entidad, afectando la sostenibilidad financiera y la oportunidad en el recaudo, como consecuencia de errores en la facturación de los servicios de salud prestados, debido a fallas en el diligenciamiento de los formatos requeridos, en la validación de soportes y disfidibilidades en los procesos de revisión y control previo al envío de las facturas a las Empresas Responsables de Pago (ERP)	*Los errores en la facturación de los servicios se originan en la falta de estandarización en los procesos de registro, escasa capacitación del personal encargado, debilidad en los controles de calidad y validación documental, así como en la ausencia de auditorías internas sistemáticas antes del envío de las cuentas. Además, la limitada integración entre los sistemas asistenciales, de facturación y de cartera dificulta la detección oportuna de inconsistencias. *Subfacturación, sobre facturación 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	1. Generación de glosas por parte de las ERP y devoluciones de facturas. 2. Disminución de ingresos institucionales y afectación a la liquidez. 3. Aumento de los tiempos de recaudo y carga operativa para los equipos de cartera. 4. Reprocesos administrativos y desgaste en la relación con las entidades pagadoras. 5. Pérdida de oportunidad para financiar operaciones y servicios esenciales. 6. Observaciones en auditorías por deficiencias en el proceso de facturación. 7. Dificultades para hacer de nos entrepisa 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	Menor	40%	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 de 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 (si se presentan) y las comunicaciones internas que incluyen listados de recibido de la informacion impartida	60,0%	Medio	50%	Moderado	40%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
																										2	Los auxiliares administrativos designados como facturadores revisan de cuentas, revisan las facturas de los servicios prestados de manera diaria; cuando encuentran inconsistencias socializa a los facturadores responsables para realizar las correcciones antes de producir la factura definitiva. comunicaciones internas dirigidas a cada facturador y acta de socialización.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Comunicaciones internas dirigidas a los colaboradores con la relación de las facturas devueltas de los errores encontrados para la corrección pertinente. Acta de socialización y formato con firmas de asistencia.	60,0%	Medio	50%	Menor	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
																										3	El profesional de facturacion verifica mensualmente los ingresos abiertos (sin legalizar) con el fin de gestionar el cierre del mismo. Es indispensable estar a estar a paz y salvo con los hallazgos informados antes de generar el certificado de supervision para el caso del personal vinculado por contrato, con el fin de generar la alerta oportuna de comunicación para que realicen el trámite pertinente, de no cumplir, se enviará memorando a la subgerencia administrativa y control interno disciplinario. El registro dejado por el anterior control son las comunicaciones enviadas y el archivo en excel de los ingresos abiertos donde relaciona el facturador que generó la salida.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Archivo en excel de los ingresos abiertos y las comunicaciones enviadas.	60,0%	Medio	50%	Menor	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
				77	Existe la posibilidad de pérdida total o parcial de los recursos recaudados diariamente por concepto de prestación de servicios de salud, ya sea en efectivo o en títulos valores de pago, debido a fallas en los procesos de manejo, custodia y traslado de los fondos, errores administrativos, robos, fraudes internos o externos, o deficiencias en los controles establecidos para garantizar la seguridad del recaudo.	*Ne adherencia al procedimiento recaudo y custodia de efectivo y títulos valores QF-P-03 *Manejo inadecuado del efectivo por parte del personal encargado. *Ausencia, debilidad o no adherencia de los protocolos y/o procedimientos de recaudo, custodia y traslado de efectivo/valores. *Falta de capacitación del personal en procedimientos financieros. *Procesos manuales o con bajo nivel de automatización. *Presencia de actos dolosos (fraude, hurto, robo/atraco). *Demoras en el depósito bancario de los fondos recaudados.	*Pérdidas económicas para el hospital. *Deterioro de la confianza institucional. *Dificultades en el flujo de caja para operación diaria. *Sanciones legales o administrativas. *Riesgo reputacional ante entes de control y la ciudadanía. *Posibles investigaciones disciplinarias o penales..	5. Riesgo de Liquidez	Economico	Procesos	13200	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenible a nivel país	Mayor	80%	Alto	1	La lider de facturación realiza arqueo de cajas en diferentes horarios durante el día, verificando en el modulo de facturación que coincidan todos los pagos recibo registrados en caja, con el dinero recaudado en efectivos o cominas medios de pago.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informes de los arqueos realizados	60,0%	Medio	50%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
																										2	El profesional de facturación realizará socialización trimestral de: *Procedimiento recaudo y custodia de efectivo y títulos valores QF-P-03 *Formato control recaudo de efectivo QF-F-48 y de mas protocolos, procedimiento o formatos inherentes al servicio.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Acta de socializacion con lista de asistencia	60,0%	Medio	50%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
				78	Posibilidad de no presentar informes, no reportar o reporte extemporaneo de información a los entes de inspección, vigilancia y control N/C, lo que puede comprometer la transparencia y la rendición de cuentas de la E.S.E	Falta de planificación y organización en la recopilación y presentación de información. Insuficiente capacitación del personal responsable de la presentación de informes. Problemas técnicos o fallas en los sistemas de información. Falta de comunicación efectiva entre departamentos o áreas involucradas. Priorización de otras tareas o	1. Sanciones económicas y administrativas por parte de los entes de control. 2. Pérdida de credibilidad y reputación de la organización. 3. Dificultades para obtener financiamiento o apoyación de proyectos. 4. Intervención o supervisión más estricta por parte de los entes de control. 5. Impacto negativo en la toma de decisiones estratégicas debido a la falta	2.Riesgo operacional	Reputacional	Procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Menor	40%	Moderado	1	El profesional líder del area y/o proceso debe asegurarse que todos los informes obligatorios a N/C se preparen, revisen y presenten completos y en los plazos exigidos, y que exista evidencia verificable de cumplimiento, con alertas y acciones en caso de incumplimiento.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		1. Certificacion de Informes entregados oportunamente 2. evidencia de cague oportuno en la respectiva plataforma del ente de N/C (el reporte se realiza anual en el primer trimestre del año siguiente)	60,0%	Medio	50%	Menor	40%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)

			AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	79	Posibilidad de no dejar trazabilidad de las glosas conciliadas en el software, excepto los valores aceptados definitivo.	No se tiene un aplicativo definido para realizar las conciliaciones.	Enterprecar el recaudo de los dineros conciliados y reconocidos por las EPS	4.Riesgo de crédito	Ejecución y Administración 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	Correctivo	Con Registro		Descargue contábile 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)
				80	Posibilidad de incumplir con los tiempos de respuesta a glosas y/o devoluciones de acuerdo a los tiempos normativos	Falta de trazabilidad en los procesos de radicación y seguimiento de glosas. Errores en la interpretación normativa o desconocimiento de los plazos legales. Retrasos en la entrega de soportes clínicos o administrativos por parte de áreas asistenciales. Sobrecarga de glosas por alto tasa de errores en facturación inicial. Múltiples glosas acumuladas sin gestión previa (acumulación histórica). Descoordinación entre las áreas de facturación, cartera y auditoría médica. Cambios normativos no actualizados en el sistema o no socializados.	Pérdida de ingresos por glosas no respondidas o no subsanadas a tiempo. Deterioro del flujo de caja institucional. Sanciones por parte del ente regulador (ej. Superintendencia Nacional de Salud). Pérdida de credibilidad y reputación frente a las EPS o aseguradoras. Incremento en la cartera vencida y riesgo de castigo contable. Aumento de filgloss o reclamos por facturación no reconocida. Impacto negativo en indicadores financieros y de desempeño institucional.	4.Riesgo de crédito	Ejecución y administración de procesos	Procesos	2560	Alta	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Moderado	60%	Alto	1	Informe de la gestion realizada respecto al proceso de respuesta a objeciones, glosas y devoluciones en el trimestre.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Correctivo	Con Registro		Informe	60.0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Bajo	Reducir (mitigar)
																		2	Socialización de normatividad vigente y retroalimentación de las fallas e incumplimientos encontrados en el trimestre.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Correctivo	Con Registro		Acta de socialización con lista de asistencia	60.0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Bajo	Reducir (mitigar)
																		3	Informe trimestral con las principales causas de glosas: pertinencia,oportunidad, soportes,tarifa, etc. Realizando socialización de los resultados en comite de Historias Clínicas.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Correctivo	Con Registro		"Informe " Acta de socialización con lista de asistencia	60.0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
			COSTOS	81	Posibilidad de realizar el cargue incorrecto a los centros de costos de los diferentes procesos y/o unidades de producción, lo cual generaría inconsistencias en reportes financieros, la determinación de tarifas y la toma de decisiones operativas, como consecuencia del uso de datos incorrectos, debido deficiencias en los procesos de selección el centro de costo correcto así como a la falta de articulación entre las áreas administrativas y financieras encargadas del flujo de datos.	"Este riesgo se origina por la incorrecta selección del centro de costos para el registro y procesamiento de la información operativa y financiera. deficiencias en la calidad y periodicidad de los datos recolectados, errores en la consolidación y validación de registros, así como por la débil integración de sistemas de información institucional. También incide la falta de personal capacitado en análisis de costos y la escasa coordinación entre las áreas responsables del ciclo de información.	• Extinxción inexacta de los costos reales en los centros de producción. • Toma de decisiones inadecuadas en materia de asignación de recursos, cobertura o eficiencia. •Distorsión en los análisis de rentabilidad o sostenibilidad de servicios. • Limitación para establecer estrategias de crecimiento o expansión de servicios. • Posibles observaciones en auditorías financieras o de gestión. • Pérdida de oportunidad en la optimización del modelo de atención y producción en salud.	2.Riesgo operacional	Ejecución y Administración de procesos	Procesos	5760	Muy Alta	100%	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenible a nivel país	Mayor	80%	Alto	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 profesional encargado a corregir los parametrizaciones, que ajustes lugar. Como evidencia se presentara el informe mensual.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Correctivo	Con Registro		Constancia de reporte del Informe mensual.	60.0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
																		2	El profesional universitario de Costos trimestralmente 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	Correctivo	Con Registro		Correos electrónicos institucionales y actas de las socializaciones cuando a ello haya lugar.	60.0%	Media	60%	Mayor	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
			SISTEMAS	82	Posibilidad de que la informacion institucional sea manipulada o adulterada, debido a la falta de adherencia al manual de la seguridad de la informacion TI-M-02, que puede ocasionar vulnerabilidad en la información.	Uso inadecuado de usuarios(registramo de claves). Falta de control de usuarios por parte del área de sistemas	"Perdida reputacional de la institución "se detecta Falta de ética profesional con la custodia de la informacion	2.Riesgo operacional	Usuarios, productos y practicas , organizaciones	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 asignando para la creacion de usuarios corrobora cada que hay una solicitud de apertura recibida del área de de talento humano, la existencia fisica del mismo con la presentación personal del funcionario ante la oficina de tecnologia 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 TIF-01 y en el acta de la socialización de las políticas de seguridad de la información institucional realizada.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Correctivo	Con Registro		Formato TIF-01 y acta de la socialización de las políticas de seguridad de la información 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 electrónico) 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 TIF-01) e inactivación de usuarios de acuerdo a la relación enviada por Talento Humano.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Correctivo	Con Registro		Acta de creacion(formato TIF-01) e inactivación de usuarios de acuerdo a la relación enviada por Talento Humano	60.0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
				83	Posibilidad de acceso no autorizado, manipulación indebida o adulteración de datos en los sistemas de información institucional, que afecte la confidencialidad e integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información crítica, como consecuencia de la existencia de vulnerabilidades técnicas y operativas en las plataformas tecnológicas, debido a la falta de controles robustos de seguridad informática, ausencia de monitoreo continuo y deficiencias en la gestión de usuarios, actualizaciones y respaldo de la información.	Las vulnerabilidades en los sistemas de información se deben a la falta de implementación de protocolos de ciberseguridad, configuraciones inadecuadas en los sistemas, obsolescencia tecnológica, y debilidades en el control de acceso y perfiles de usuario. También influyen la ausencia de auditorías periódicas de seguridad, la falta de capacitación del personal en buenas prácticas digitales y la limitada inversión en infraestructura tecnológica segura.	1. Acceso indebido a información sensible o confidencial. 2. Alteración, pérdida o robo de datos institucionales. 3. Interrupción de los servicios tecnológicos esenciales. 4. Afectación a la toma de decisiones por uso de información manipulada. 5. Deterioro de la confianza institucional por parte de usuarios y ciudadanos. 6. Posibles sanciones legales por incumplimiento de normas de protección de datos personales. 7. Hallazgos en auditorías o requerimientos de entes de vigilancia tecnológica.	**7.Riesgo de corrupcion opacidad y fraude (SICOF)**	Fraude interno	Productos/Servicios	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	El área de Sistemas, en coordinación con la Dirección de Talento Humano, realiza rondas o inspecciones periódicas en las sillas de trabajo, con el fin de informar y sensibilizar a los funcionarios de la ESE sobre las consecuencias del manejo inadecuado de la información, promoviendo el cumplimiento de las políticas institucionales de seguridad de la información y fortaleciendo la cultura de protección de datos.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Correctivo	Con Registro		Acta trimestral de las socializaciones realizadas	60.0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
																		2	El área de Sistemas implementa y ejecuta el Plan de Tratamiento de Riesgos de Información Digital, con el propósito de mitigar las vulnerabilidades detectadas, establecer controles técnicos y administrativos específicos, y garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los activos de información, en cumplimiento de las políticas institucionales de seguridad.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Correctivo	Con Registro		Documentar el Plan de Tratamiento de Riesgos de Información Digital Plan de trabajo anual (Cumplir mínimo con el 80% de ejecución del plan)	60.0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
																		3	El área de Sistemas establece los permisos de acceso mínimos necesarios según el rol del usuario, con el fin de garantizar el principio de mínimo privilegio, prevenir accesos no autorizados a la información institucional y fortalecer los controles de seguridad en los sistemas informáticos. Adicionalmente, realiza revisiones periódicas de los roles y perfiles de usuario para identificar inconsistencias, ajustar permisos cuando sea necesario y mantener actualizado el control de acceso conforme a los cambios organizacionales o funcionales.		Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Correctivo	Con Registro		Matriz de permisos segregados por roles	60.0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
				84	Posibles ataques cibernéticos que modifiquen o eliminen la información almacenada, lo que podría afectar la integridad, disponibilidad y confidencialidad de los datos, interrumpir los servicios, generar pérdida de información crítica y afectar la continuidad operativa de la entidad.	Modificación de información de manera anónima mediante ataques cibernéticos o manipulación interna, lo que afecta la integridad y confidabilidad de los datos institucionales. Ciberataques externos dirigidos a la institución, que comprometen la seguridad, disponibilidad y confidencialidad de la información.	Suspensión o demora de las actividades por el bloqueo de sistemas o retención de información	**7.Riesgo de corrupcion opacidad y fraude (SICOF)**	Fraude externo	Tecnologia	365	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	El área de Sistemas realiza el monitoreo y seguimiento permanente al sistema de defensa de la información mediante la gestión de perfiles de acceso asignados a usuarios, ejecutando revisiones periódicas de contraseñas, con el fin de prevenir accesos no autorizados, garantizar la integridad de los datos y dar cumplimiento a las políticas institucionales de seguridad de la información	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Correctivo	Con Registro		Actas de seguimiento y monitoreo al sistema de seguimiento sobre el cumplimiento a la seguridad de la información	60.0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
																		2	El área de Sistemas realiza copias de seguridad automatizadas y periódicas de la información institucional, las cuales son almacenadas en un entorno seguro y separado de la red principal, con el fin de garantizar la disponibilidad y recuperación de los datos ante eventos de pérdida, daño o incidentes de seguridad informática	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Correctivo	Con Registro		Acta de revisión periódica de ejecución de backups	60.0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
				85	Posibilidad de 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 óptica Mantenimiento de las redes y equipos Daños en el datacenter. falta de espacio para salvaguardar información. La Interrupción del servicio de Internet por parte del Proveedor de Servicios de Internet.	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 Telecomunicaciones y los Tecnicos de Sistemas mediante la ejecución de los cronogramas establecidos para los mantenimientos preventivos de la infraestructura de la red, dejan como soportes Cronogramas de mantenimientos, reportes plataforma de ticket o informe realizado por el tecnico.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Correctivo	Con Registro		"Cronogramas de mantenimientos "reportes plataforma de ticket "Informe y analisis del indicador TI-I-10	60.0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)

	19	TECNOLOGIA E INFOR				Daños en la infraestructura de cableado externo. implementación de nuevas tecnologías terremoto, inundación o incendio											2	Socializar la Guia para el manejo y uso adecuado de los equipos de computo TI-I03 con el personal administrativo y asistencial. Soportes:Acta de socialización Guia para el manejo y uso adecuado de los equipos de computo TI-I03	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Si Documentar	Continua	Con Registro		Acta de socializacion Guia para el manejo y uso adecuado de los equipos de computo TI-I03	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
				86	Posibilidad de Bloqueo de los sistemas de información, equipos de computo por desactualización Tecnológica, lo que ocasionaria bloqueo de los sistemas de información.	Evolución y mejora continua de la tecnología 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 a Software SIAF 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 software, 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%	Si 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	El profesional de sistemas 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 realizan periodicamente 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%	Si 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	87	Posibilidad de que se incumpla la normatividad archivística, por no tener en cuenta los parametros establecidos en la ley 594 de 2000 y el acuerdo 001 de 2024, lo que podria ocacionar sanciones por parte del archivo general de la nación.	Falta de recursos para adecuación de espacios Falta de adherencia al programa de gestion documental de la institución Incumplimiento a los parametros establecidos en la ley 594 de 2000 y el acuerdo 001 de 2024, lo que podria ocacionar sanciones por parte del archivo general de la nación.	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 líder de gestión documental a través de un apoyo, verifica trimestralmente la adherencia de los procesos administrativos a los procedimientos de la gestión documental. Dejando evidencia en el formato THF-I3 lista de chequeo establecida para tal fin, incorporando las desviaciones encontradas en los planes de accion del área bajo actividades de capacitaciones.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		THF-I3. Lista de chequeo establecida Y planes de accion del área.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
				88	Posibilidad de que se pierda información en el manejo de la correspondencia hacia los Organismos de Dirección y Control que no vigilan, por falta de un programa de ventanilla única, lo que podria generar que la información que llegue no se direccione al proceso que debe dar respuesta / tramite.	* falta de un programa de ventanilla única, lo que podria generar que la información que llegue no se direccione al proceso que debe dar respuesta / tramite. *Falta de seguimiento por parte de ventanilla única, a la correspondencia enviada hacia los Organismos de Dirección y Control	Ocasionar medidas sancionatorias en contra del hospital	2.Riesgo operacional	Ejecución y Administración 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: THF-04 Formato planilla de correspondencia enviada V2 diligenciado. Cuando el seguimiento se detecta que no se realiza la entrega oportuna de la correspondencia enviada, el responsable el 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 THF-06 Recordatorio de Devolución de Documentos.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		THF-04 Formato planilla de correspondencia enviada diligenciada. Formato THF-06 Recordatorio de Devolución de Documentos. (cuando aplique)	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
																	2	La líder del proceso, verifica mensualmente al finalizar el periodo, la efectividad de la entrega de la correspondencia, mediante la revisión del formato THF-04 para detectar correspondencia sin entregar o con entregas tardías. Registrando lo encontrado en la parte final del formato THF-04.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		THF-04 Formato planilla de correspondencia enviada diligenciada.	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
				89	Posibilidad de que se produzca la alteración, pérdida o distorsión de la información contenida en los expedientes institucionales, comprometiendo la integridad, legalidad y trazabilidad de los procesos administrativos, contractuales o asistenciales, como consecuencia de la manipulación indebida de los documentos por parte de actores directamente involucrados en los trámites o decisiones, lo cual puede generar sanciones disciplinarias, sobre el acceso, custodia y modificación de expedientes, así como a la falta de mecanismos formales de trazabilidad, control documental y auditoría periódica	La alteración, pérdida o distorsión de información en los expedientes institucionales se origina por la ausencia de protocolos claros para el manejo, acceso y modificación de los documentos físicos y digitales, falta de restricciones en los niveles de acceso según el rol funcional, y la inexistencia de mecanismos automatizados de trazabilidad documental. Asimismo, incide la escasa implementación de los controles archivísticos, deficiencias en la custodia física o digital de la información y la baja apropiación del personal frente a las normas de integridad, confidencialidad y gestión documental institucional.	1. Compromiso de la validez jurídica y técnica de los procesos institucionales. 2. Pérdida de trazabilidad y soporte para decisiones administrativas, contractuales o asistenciales. 3. Obstáculos para responder a requerimientos de entes de control, ciudadanos o instancias judiciales. 4. Posibles investigaciones disciplinarias o fiscales por manipulación documental.	**7.Riesgo de corrupcion opacidad y fraude (SICOF)**	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 área de Archivo y Gestión Documental implementa protocolos de acceso controlado a los expedientes institucionales, con el fin de garantizar que solo el personal autorizado pueda consultar, custodiar o modificar los documentos, preservando así su integridad y confidencialidad.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Si Documentar	Continua	Sin registro		Acta y/o informe debidamente firmado. Formato THF-26 Registro y control de solicitudes al archivo central	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
																	2	El área de Sistemas, en articulación con Archivo, establece registros digitales de trazabilidad sobre la consulta y modificación de expedientes institucionales, como parte del soporte del sistema de gestión documental, con el fin de detectar accesos no autorizados y fortalecer el control de auditoría interna.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Si Documentar	Continua	Sin registro		Socializacion en el manejo de la información de la ESE	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
				90	Posibilidad de que se manipulen historias clínicas con fines personales o indebidos, como la alteración de registros médicos, la trazabilidad asistencial y la confianza en los procesos institucionales, como consecuencia de la alteración intencional de la información clínica para encubrir errores, negligencias o facilitar trámites irregulares, debido a debilidades en los controles de acceso, edición y auditoría de historias clínicas, así como a la falta de cultura ética y protocolos rigurosos de seguridad de la información en salud	Manipulación de historias clínicas se origina por el acceso no restringido o inadecuadamente controlado a los sistemas de información clínica, la ausencia en los controles de edición y trazabilidad de cambios, falta de auditoría periódica sobre los registros clínicos y ausencia de sanciones efectivas ante irregularidades. También influyen la escasa sensibilización sobre la confidencialidad de la información clínica y la inexistencia de procedimientos para la detección oportuna de modificaciones indebidas	Alteración o pérdida de la integridad de la información clínica. Riesgo para la seguridad del paciente por decisiones clínicas basadas en datos falsos o incompletos. Encubrimiento de errores o negligencias médicas. Facilitación de trámites administrativos fraudulentos (licencias, incapacidades, indemnizaciones). Pérdida de confianza de usuarios, entes de control y aseguradoras.	**Programa de transparencia y etica empresarial(PTEE)**	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	Acta y/o informe donde certifique la cantidad de solicitudes realizadas, motivo y dependencia o entes que realiza la solicitud.	Probabilidad	Detectivo	Manual	40%	Si Documentar	Continua	Sin registro		Acta y/o informe debidamente firmado	60,0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
			JURIDICA	91	Posibilidad de Incumplimiento de Términos Legales frente las Derechos de Peticion, las Acciones de Tutela etc, por requerirla extemporanea o despachos judiciales	Vencimiento de términos para emitir respuesta	Incumplimiento de Términos Legales que podria ocasionar sanciones economicas al representante 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 efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	Moderado	60%	Moderado	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 mensualmente 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)
				92	Posibilidad de que se profieran Fallos en contra la institución por no contar con los insumos y 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 insumos 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 publicitario sostenido 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 jurídico 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 requeridos para una adecuada representación y 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 Extrajudicial del HOMES.E.S.E. (GJ-P-02). A la vez verifica las actuaciones que son comunicadas inmediamente en las 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 Jurídico Institucional para verificar la presentación de actuaciones dentro de los términos legales y la revisión y suministración de los informes de actuaciones 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)

																	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 llama reserva, la evidencia del anterior control son los registros de asistencia del mencionado comite	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	documentado	Continua	Con Registro		Registro de asistencia al Comite de Conciliacion dos veces por mes	100,0%	Fuerte	100%	Bajo	80%	Alto	Alto	Reducir (mitigar)
				93	Posibilidad de no presentar informes, no reportar o reporte extemporaneo de informacion a los entes de inspección, vigilancia y control N/C, lo que puede comprometer la transparencia y la rendición de cuentas de la E.S.E.	Falta de planificación y organización en la recopilación y presentación de información. Insuficiente capacitación del personal responsable de la presentación de informes. Problemas técnicos o fallas en los sistemas de información. Falta de comunicación efectiva entre departamentos o áreas involucradas. Priotización de otras tareas o proyectos sobre la presentación de informes.	1. Sanciones económicas y administrativas por parte de los entes de control. 2. Pérdida de credibilidad y reputación de la organización. 3. Dificultades para obtener financiamiento o ejecución de proyectos. 4. Intervención o supervisión más estricta por parte de los entes de control. 5. Impacto negativo en la toma de decisiones estratégicas debido a la falta de información oportuna y precisa.	**2.Riesgo operacional**	Reputacional	Procesos	365	**Media**	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	**Moderado**	40%	**Moderado**	1	El profesional líder del area y/o proceso debe asegurarse que todos los informes requeridos por los entes de control sean presentados completos y en los plazos exigidos, y que exista evidencia verificable de cumplimiento, con alertas y acciones en caso de incumplimiento.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		1. Certificacion de informes entregados oportunamente en el trimestral 2. evidencia de cargue oportuno en la respectiva plataforma del ente de N/C	60,0%	Bueno	60%	Menor	40%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
			CONTRATACION	94	Posibilidad de que se adelanten procesos contractuales sin el cumplimiento pleno de los requisitos establecidos en la etapa precontractual, lo cual puede generar nulidades, sanciones o retrasos en la ejecución contractual, como consecuencia de omisiones, errores o actuaciones irregulares en la planeación, estructuración y estructuración de los procesos, debido a debilidades en el conocimiento normativo, ausencia de controles previos efectivos y deficiente articulación entre las áreas técnicas, jurídicas y financieras responsables del proceso	El incumplimiento de los requisitos precontractuales se origina en la inadecuada planeación de los procesos, la falta de revisión exhaustiva de los documentos exigidos, el desconocimiento o interpretación errónea de la normativa aplicable, así como en la ausencia de controles en las dependencias responsables. También incide la ausencia de controles preventivos y listas de verificación que aseguren el cumplimiento integral de las etapas previas al perfeccionamiento del contrato.	1. Nulidad de los actos administrativos precontractuales o del contrato mismo. 2. Sanciones disciplinarias o fiscales a los funcionarios responsables. 3. Retrasos en la ejecución de bienes y servicios requeridos por las dependencias responsables. 4. Afectación a la transparencia y legalidad del proceso contractual. 5. Observaciones o hallazgos por parte de entes de control. 6. Desconfianza por parte de proveedores y deterioro de la imagen institucional.	7.Riesgo de corrupcion especial 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	El profesional universitario del área de Contratación, con apoyo del personal designado, verifica que el 100% de los requisitos legales, técnicos y financieros exigidos cada vez que se presenta una necesidad de contratación, utilizando la lista de chequeo establecida en el Formato GJ-F-14 "Verificación de Requisitos Contractuales" con el fin de garantizar la vinculación de oferentes que cumplan con los estándares de calidad, confiabilidad y legalidad requeridos por el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. En caso de incumplimiento, la documentación es devuelta a la dependencia correspondiente para su respectivo ajuste antes de la elaboración del contrato.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Lista de chequeo establecida en el manual de contratacion institucional formatos GJ-F-14 THF-F9	40,0%	Bueno	40%	Menor	40%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
				95	Posibilidad de que se vinculen colaboradores con antecedentes relacionados con el lavado de activos, financiación del terrorismo u otras actividades ilícitas, lo cual puede comprometer la integridad institucional, aumentar la exposición al riesgo legal y afectar la credibilidad de la entidad, como consecuencia de fallas en los procesos de selección, validación y seguimiento del personal vinculado, debido a la ausencia o aplicación deficiente de controles de conocimiento del colaborador, cruces con bases restrictivas y verificación de antecedentes judiciales, disciplinarios o financieros.	Falta de un procedimiento riguroso de conocimiento del colaborador, deficiencias en la verificación de antecedentes en listas restrictivas nacionales e internacionales, omisión de validaciones en bases judiciales y disciplinarias, y debilidades en la articulación entre talento humano, control interno y el oficial de cumplimiento SARLAFT. También influye la carencia de protocolos de seguimiento posterior a la vinculación.	1. Riesgo de que la entidad sea utilizada como canal para actividades ilícitas. 2. Afectación de la confianza institucional por parte de entes de control, usuarios y ciudadanía. 3. Sanciones legales o administrativas por omisión en los deberes de debida diligencia. 4. Deterioro de la imagen y reputación institucional. 5. Compromiso de procesos sensibles al ingreso de ciudadanos sociales o información sensible o funciones clave.	6.Riesgo de lavado de activos y financiación de terrorismo (SARLAFT)	Fraude interno	Procesos	1456	**Alta**	80%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	**Moderado**	60%	**Alto**	1	El profesional universitario del área de Contratación, con apoyo del personal designado, verifica que el 100% de los contratos suscritos incluyan cláusulas de debida diligencia alineadas con los lineamientos del SARLAFT, con el fin de prevenir riesgos asociados al Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo, y asegurar el cumplimiento del marco normativo vigente, la integridad contractual y la protección institucional frente a operaciones ilícitas.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Contratos	48,0%	Bueno	48%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar) Reducir (mitigar)
	20	GESTION JURIDICA		96	Posibilidad de que la entidad se vea expuesta a riesgos legales, financieros y reputacionales, debido a fallas en el cumplimiento de los procedimientos establecidos para su prevención, debido a debilidades en la implementación del SARLAFT, la falta de seguimiento y control por parte de los responsables, y la baja apropiación del riesgo por parte del personal involucrado para operaciones relacionadas con el lavado de activos y la financición del terrorismo, como consecuencia del cumplimiento deficiente de los procedimientos establecidos para su prevención, debido a debilidades en la implementación del SARLAFT, la falta de seguimiento y control por parte de los responsables, y la baja apropiación del riesgo por parte del personal involucrado	El cumplimiento deficiente de los procedimientos para la prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo obedece a fallas en la implementación del SARLAFT, escasa supervisión de su implementación, ausencia de una cultura de gestión del riesgo entre los funcionarios y contratistas, y deficiencias en la capacitación, seguimiento y control de las actividades previstas en el sistema. A ello se suma la falta de integración del SARLAFT con otros procesos institucionales clave como la contratación, el control interno y la gestión documental.	1. Riesgo de sanciones legales y administrativas por parte de autoridades competentes. 2. Pérdida de confianza por parte de usuarios, proveedores y entes de control. 3. Mayor vulnerabilidad institucional ante operaciones ilícitas. 4. Hallazgos en auditorías internas o externas. Afectación a la imagen y reputación de la entidad. 5. Debilitamiento de los sistemas de control y cumplimiento normativo.	**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 efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal	**Moderado**	60%	**Alto**	1	El profesional universitario del área de Contratación, con apoyo del personal designado, verifica durante la etapa precontractual y antes del perfeccionamiento de cada contrato, que las personas naturales o jurídicas involucradas no se encuentren relacionadas en listas restrictivas o vinculantes asociadas al riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LAFT). Esta verificación se realiza a través de la plataforma Transunion y/o cualquier otra herramientas adoptadas por la entidad, con el fin de identificar posibles alertas y mitigar riesgos legales e institucionales. En caso de hallar coincidencias negativas, se procede a la suspensión inmediata del proceso contractual y se informa a las instancias competentes para su análisis y gestión del riesgo	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Observaciones realizadas en el libro de devoluciones contractuales	48,0%	Bueno	48%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	
																		2	El profesional universitario del área de Contratación, con apoyo del personal designado colega la información requerida en los formatos establecidos en el marco del SARLAFT para cada cliente, proveedor o contratista, con la información comercial y financiera contenida en los expedientes contractuales, con el fin de identificar posibles inconsistencias o indicios de riesgo. La evidencia de esta revisión queda registrada mediante la firma en el Formulario de Conocimiento del Proveedor, Contratista o Cliente.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Firma del Formato DE -F 27 FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL PROVEEDOR, CONTRISTA Y CLIENTE SARLAFT/FPADM-COF	48,0%	Bueno	48%	Moderado	0%	Moderado	Moderado	
				97	Posibilidad de que la entidad enfrente sanciones fiscales, disciplinarias, penales o civiles, así como pérdida reputacional, al no cumplir con los deberes legales de transparencia y rendición de cuentas, como consecuencia del no reporte oportuno de la información contractual en las plataformas designadas para tal fin, debido a debilidades en el control de tiempos, falta de seguimiento al cumplimiento normativo y deficiente articulación entre las áreas responsables del registro contractual	El no reporte oportuno de la información contractual en las plataformas oficiales (como SECOP I, SIA Observa, entre otras) puede deberse a fallas en la gestión de los plazos establecidos, ausencia de alertas o mecanismos de control interno para asegurar el cumplimiento, escasa apropiación normativa por parte de los funcionarios responsables y deficiente coordinación entre las áreas jurídicas, contractuales y de planeación. Adicionalmente, puede influir la falta de personal capacitado o sobrecarga operativa	1. Imposición de sanciones fiscales, disciplinarias, penales o civiles a los responsables. 2. Pérdida de recursos públicos por ineficiencias en el seguimiento contractual. 3. Observaciones o hallazgos negativos en auditorías externas e internas. 4. Deterioro de la imagen institucional y de la confianza ciudadana. 5. Bloqueo o restricción en el acceso a recursos por incumplimientos reiterados. 6. Afectación al principio de transparencia en la gestión contractual.	Programa de transparencia y etica empresarial(PTEE)	Usuarios, productos y practicas , organizaciones	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**	1	El profesional universitario del área de Contratación, con apoyo del personal designado realiza el seguimiento a la publicación de los procesos contractuales, conforme a los plazos establecidos por los entes de control, con el fin de garantizar el cumplimiento de los requerimientos normativos en materia de publicidad y transparencia contractual	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Certificado de relación del seguimiento de la publicación y evolución de contratos	48,0%	Bueno	48%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
				98	Posibilidad de que se presenten deficiencias en los procesos contractuales de la E.S.E., generando incumplimientos, retrasos o retrasos en la ejecución, lo cual impacta negativamente la calidad, oportunidad y continuidad de los servicios prestativos, como consecuencia de fallas en la planeación, estructuración y seguimiento de los contratos, debido a debilidades en la capacidad técnica y operativa, falta de articulación entre las áreas involucradas y ausencia de controles efectivos a lo largo del ciclo contractual.	Abuso de la jerarquía para influir en la elaboración de estudios previos, generando distorsión en la objetividad y transparencia de los procesos de contratación. Controles internos insuficientes en el proceso de adquisición de bienes y servicios, lo que facilita irregularidades, sobrecostos y asignaciones discrecionales. Chantaje y presión política para mantener a funcionarios en determinados cargos, afectando la meritocracia y la independencia en la toma de decisiones. Manipulación intencional en la aplicación de procedimientos y normas legales vigentes, con el fin de favorecer intereses particulares o de terceros.	Generan ambientes de favoritismo de la adjudicación de contratos. Manipulación jurídica en las evaluaciones de contratación. Adjudicación a ofertas menos convenientes. Ejecución de proyectos sin el cumplimiento de las obligaciones contractuales	Programa de transparencia y etica empresarial(PTEE)	Usuarios, productos y practicas , organizaciones	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**	1	El profesional universitario del área de Contratación realiza una jornada trimestral de sensibilización dirigida al personal involucrado en los procesos contractuales, con el fin de promover los principios de transparencia, ética y responsabilidad en la gestión contractual. Esta actividad busca fortalecer la cultura de integridad institucional, prevenir prácticas indebidas y fomentar el cumplimiento de las normas y buenas prácticas que rigen la gestión contractual en el Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Acta de Capacitación	48,0%	Bueno	48%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
																		2	El profesional universitario del área de Contratación realiza una jornada semestral de capacitación dirigida a personal involucrado en el proceso de la adquisición de bienes y servicios, orientada a socializar los lineamientos establecidos en el Manual de Contratación del Hospital Departamental María Inmaculada E.S.E. y en el Estatuto de Contratación vigente. Esta actividad tiene como finalidad asegurar la correcta aplicación de la normativa contractual, fortalecer la transparencia y la eficiencia en la gestión de los recursos públicos, y garantizar el cumplimiento de los principios de legalidad, planeación y responsabilidad en la contratación estatal.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Acta de Capacitación	48,0%	Bueno	48%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)

				99	Posibilidad de no presentar informes, no reportar o reporte extemporaneo de informacion a los entes de inspección, vigilancia y control N/C, lo que puede comprometer la transparencia y la rendicion de cuentas de la E.S.E	Falta de planificación y organización en la recopilación y presentación de información. Insuficiente capacitación del personal responsable de la presentación de informes. Problemas técnicos o fallas en los sistemas de información. Falta de comunicación efectiva entre departamentos o áreas involucradas. Priotización de otras tareas o proyectos sobre la presentación de informes.	1. Sanciones económicas y administrativas por parte de los entes de control. 2. Pérdida de credibilidad y reputación de la organización. 3. Dificultades para obtener financiamiento o apoducción de proyectos. 4. Intervención o suspensión más estricta por parte de los entes de control. 5. Impacto negativo en la toma de decisiones estrategicas debido a la falta de información oportuna y precisa.	2.Riesgo operacional	Reputacional	Procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	40%	Moderado	1	El profesional líder del area y/o proceso debe asegurarse que todos los informes obligatorios a N/C se preparen, revisen y presenten completos y en los plazos exigidos, y que exista evidencia verificable de cumplimiento, con alertas y acciones en caso de incumplimiento.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		1. Certificacion de informes entregados oportunamente en el trimestral 2. evidencia de cargue oportuno en la respectiva plataforma del ente de N/C	60.0%	Media	60%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
	21	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	No aplica	100	Posibilidad de que se incumplan los términos en las distintas etapas procesales.	Alto volumen de expedientes. Falta de oportunidad en la obtención 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-10 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 información relativa a 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 información y en la medida que se se requiera información de otras áreas, verifica el reporte de la información solicitada, volviendo a requerir a las areas/procesos la información 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)
				101	Posibilidad de 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	Ineficacia de 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 reservas 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	102	Posibilidad de que los informes de auditoría internos carezcan de objetividad, imparcialidad y rigor técnico, lo que puede comprometer la confiabilidad de sus resultados y limitar la toma de decisiones correctivas, como consecuencia de la influencia de intereses particulares, conflictos de interés o presión institucional sobre los auditores, debido a la inexistencia de garantías de independencia funcional, falta de controles sobre la integridad del proceso auditor y debilidades en la aplicación de estándares técnicos y éticos de auditoría.	Este riesgo se origina por la falta de mecanismos que aseguren la independencia y autonomía del equipo auditor, la inexistencia de controles sobre conflictos de interés, ausencia de rotación periódica de auditores, y presión directa o indirecta por parte de áreas auditadas. También influyen la falta de capacitación continua del personal auditor, la carencia de protocolos formales para garantizar la objetividad y la falta de seguimiento por parte de entes externos o comités de auditoría.	1. Informes sesgados que no reflejan adecuadamente los riesgos y hallazgos reales. 2. Falta de acciones correctivas necesarias para instituciones mal fundamentadas. 3. Pérdida de credibilidad en el sistema de control interno. 4. Aumento de los riesgos operativos y financieros por falta de alertas oportunas. 5. Hallazgos reiterados por entes externos que no fueron atendidos oportunamente. 6. Posible responsabilidad disciplinaria o legal del auditor o de la entidad.	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
																		3	El asesor de Control Interno elabora un informe semestral de seguimiento al SAILAFT, con el fin de evaluar la eficacia de los controles implementados, identificar desviaciones en su aplicación y establecer planes de mejora orientados a fortalecer la gestión del riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo. La evidencia de esta actividad corresponde al informe consolidado y los planes de acción derivados del mismo.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		Informe de seguimiento semestral	12.0%	Muy Baja	12%	Moderado	60%	Moderado	Moderado	Evitar
				103	Posibilidad de no presentar informes, no reportar o reporte extemporaneo de informacion a los entes de inspección, vigilancia y control N/C, lo que puede comprometer la transparencia y la rendicion de cuentas de la E.S.E	Falta de planificación y organización en la recopilación y presentación de información. Insuficiente capacitación del personal responsable de la presentación de informes. Problemas técnicos o fallas en los sistemas de información. Falta de comunicación efectiva entre departamentos o áreas involucradas. Priotización de otras tareas o proyectos sobre la presentación de informes.	1. Sanciones económicas y administrativas por parte de los entes de control. 2. Pérdida de credibilidad y reputación de la organización. 3. Dificultades para obtener financiamiento o apoducción de proyectos. 4. Intervención o suspensión más estricta por parte de los entes de control. 5. Impacto negativo en la toma de decisiones estrategicas debido a la falta de información oportuna y precisa.	2.Riesgo operacional	Reputacional	Procesos	365	Media	60%	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos	Moderado	40%	Moderado	1	El profesional líder del area y/o proceso debe asegurarse que todos los informes obligatorios a N/C se preparen, revisen y presenten completos y en los plazos exigidos, y que exista evidencia verificable de cumplimiento, con alertas y acciones en caso de incumplimiento.	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro		1. Certificacion de informes entregados oportunamente "Archivo Gral de la Nación (trimestral) "Informe de seguimiento al plan de mejora de la contraloría Qlikt (anual, antes del 28 feb) "Informe de evaluacion de control interno contable (anual, antes del 28 feb) 2. evidencia de cargue oportuno en la respectiva plataforma del ente de N/C	60.0%	Media	60%	Menor	40%	Moderado	Moderado	Reducir (mitigar)
								Profesional de calidad																		Profesional de calidad										Apoyo
								Elaboró																		Revisó											
								Documento de: Sistema Integrado de Gestión (SIG)																													
				103																						187											

FORMATO PARA EL REPORTE DE RIESGOS MATERIALIZADOS			
RIESGO MATERIALIZADO	CAUSA DE LA MATERIALIZACION DEL RIESGO	TRATAMIENTO PARA RIESGOS MATERIALIZADOS	MEJORA REALIZADA
**Mencione el riesgo materializado. **Mencione el número de veces que se materializó en el trimestre. * Si se trata de un riesgo materializado que no está en la matriz, especifíquelo y redáctelo aquí, tenga en cuenta los atributos para el diseño de controles: -Responsable -Periodicidad con la que se efectuará el control -En qué consiste el control -Para qué se crea el control -Que se hace ante las desviaciones encontradas al aplicar el control -Registro que deja el control	**Mencione la causa existente que contribuyó a que el riesgo se materializara. **Si se identifica una o varias causas nuevas, por favor especifíquelo al redactarla.	Señale de la lista, el tratamiento que va a realizar para evitar que el riesgo vuelva a materializarse: a) Implementar controles establecidos pero no ejecutados b) Mejorar los controles existentes en cuanto a fortalecer los atributos que presenten debilidades c) Adoptar nuevos controles d) Emprender acciones previas que complementen el control y ayuden a mitigar el riesgo	**Si su respuesta es b), c) o d) o una combinacion de ellas, describa en qué consiste cada opción. **Para la opcion d) establezca la fecha limite para la ejecucion de la actividad planteada