



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA

Empresa Social del Estado

Bogotá 13 de Diciembre de 2021

Al contestar por favor cite:2021110011425-1



05GIS15 - V5 Página 1 de 1

Doctor

JOSE JAIME PINZON RIAÑO

Director Financiero

SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA

Directora Administrativa

LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS

Directora Científica

NUBIA GUERRERO PRECIADO

Directora Atención al Usuario

NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA

Jefe Oficina Asesora Jurídica

YESID ESNEIDER RAMIREZ MOYA

Jefe Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

E.

S.

D.

Ref.: Informe Final Auditoria GESTIÓN DE RIESGOS POR PROCESOS, Riesgos y seguimiento a los Controles establecidos en la Matriz de Riesgos Institucionales 2021

Cordial Saludo.

Una vez terminadas todas las actividades del Informe de Auditoria y realizado el respectivo cierre el pasado 10 de diciembre de 2021, se envía Informe final de la Auditoria GESTIÓN DE RIESGOS POR PROCESOS, Vigencia 2021, para que dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes se elabore Plan de Mejoramiento pertinente. El cual deberá ser elaborado según lo establecido en el Procedimiento 02AC01, Actividad 21 y al Instructivo 08GC09.

Nota: 95 folios

Atentamente,

YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

cc. Dr. EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS - Gerente



051



SC5520-1



Carrera 8 No. 0 - 29 Sur. Tels. 4077075

www.hus.org.co

"Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada"

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
NIT. 899.999.032-5**

**AUDITORÍA GESTIÓN RIESGOS DE PROCESOS (Riesgos y seguimiento a Controles
establecidos en la Matriz Riesgo Institucional) EVALUACION POLÍTICA Y PROGRAMA DE
ADMINSITRACION DE RIESGOS, ATENDIENDO METODOLOGÍA ADOPTADA POR LA ENTIDAD
2021**

INFORME DE AUDITORÍA

Bogotá D.C, NOVIEMBRE DE 2021

A large, stylized handwritten signature in black ink, located in the bottom right corner of the page.

A smaller handwritten signature in black ink, located in the bottom left corner of the page.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

INDICE

1. ASPECTOS GENERALES	
1.1. Objetivo de la Auditoría	3
1.2. Alcance de la Auditoría	3
1.3. Técnicas de la Auditoría	3
1.4. Metodología de la Auditoría	3
1.5. Ficha Técnica	4
1.6. Base Legal	6
2. DOCUMENTACION DE RIESGOS	7
3. RESULTADO TABULACION DE LA ENCUESTA	7
4. RIESGOS MATERIALIZADOS	31
5. MEJORAS REPORTADAS POR PROCESO, DERIVADAS DE LA GESTIÓN DEL RIESGO	33
6. RIESGOS Y SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES ESTABLECIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONALES 2021	
6.1. Seguimiento a los Riesgos	35
6.2. Actividades de Control	41
7. DOCUMENTOS PRESENTADOS COMO RESPUESTAS PREINFORME	48
8. CONCLUSIONES	49
9. RECOMENDACIONES	51

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

1. ASPECTOS GENERALES

1.1.OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

Desarrollar el seguimiento a los riesgos y controles consolidados en las matrices de riesgos, conforme a lo establecido en el Plan de Auditorías de la vigencia 2021 y en el Plan Operativo Anual – POA de la vigencia 2021 de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana.

1.2.ALCANCE DE LA AUDITORÍA

En atención al Plan Anual de Auditorías de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana, Vigencia 2021, se realiza la presente Auditoria desde el seguimiento a la Gestión de los Riesgos Institucionales de la vigencia 2021, los cuales se encuentran registrados y publicados en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA" hasta la efectividad de los controles.

1.3.TECNICAS DE AUDITORIA

Los métodos y pruebas de Auditoria utilizados por la Oficina Asesora de Control Interno de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana para lograr la información y verificación necesaria y obtener la evidencia valida y suficiente en la emisión del informe Auditoría de Control Interno, están contenidas documentalmente en el Plan Anual de Auditorías Vigencia 2021, firmado por el representante legal y la jefe de la Oficina Asesora de Control Interno, el Estatuto de Auditoria y Código de Ética de los Auditores Internos, adoptado mediante Resolución 109 de Marzo de 2018 y la Carta de Compromiso Ético del Auditor Interno, al igual que los procedimientos del proceso de Auditoría y Control.

El desarrollo de la Auditoría Interna se tiene en consideración los criterios básicos de contenido constitucional, legal y reglamentario.

1.4.METODOLOGÍA DE AUDITORÍA

Identificados los riesgos de la Matriz de Riesgo Institucional 2021 de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana por cada uno de los procesos establecidos, se acuerda:
Elaborar veinticinco (25) encuestas dirigidas a los Directivos; Gerente, Oficinas Asesoras, Directores, Subdirectores, Líderes de Proyecto, Profesionales de Proceso. Con el fin de conocer la categoría de adelanto en cuanto a Riesgos y Controles ejercidos para mitigarlos y/o atenuarlos, como también el

0002

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

grado de avance, con los resultados obtenidos de las encuestas realizadas, tabuladas y analizadas sus respuestas. Cumplido lo anterior se da inicio a la presente Auditoría.

1.5.FICHA TÉCNICA

	DESCRIPCION
OBJETIVO	Evaluar la Gestión del Riesgo en la que se asegure la administración apropiada de los Riesgos Institucionales, y la debida ejecución de los controles de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.
DISEÑO Y REALIZACIÓN	Las encuestas han sido desarrolladas y diseñadas por el equipo profesional de Control Interno, para ello se ha tenido como base la MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL VIGENCIA 2021, la Auditoria a los Riesgos Institucionales y la Guía de Riesgos de la Función Pública. Se hará uso de la herramienta de intranet / Aplicación Sistema de Gestión Integral "ALMERA" - Encuestas de Control Interno.
UNIVERSO	Directores, Subdirectores, Líderes de Proyecto, Líderes de los Procesos, Profesionales de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA. De las sedes de Bogotá, Hospital Regional Zipaquirá – HRZ y Unidad Funcional Zipaquirá – UFZ.
TAMAÑO DE LA MUESTRA	Conformada por: Directores, Subdirectores, Líderes de Proyecto, Líderes de los Procesos, Funcionarios de la Planta de Personal, Profesionales en Misión y/o Cooperados.
MUESTREO	Los Directores, Subdirectores, Líderes de Proyecto, Líderes de los Procesos, Profesionales a los que se les enviarán el enlace y/o link en donde se diligenciarán las encuestas; se les solicitará de manera escrita y/o correo electrónico la elaboración de las encuestas.
LAS VARIABLES DE CONTROL DEL DISEÑO MUESTRAL	Basados en el MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL de la vigencia 2021 de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, publicado en el aplicativo ALMERA en Mayo 27 de 2021, Proceso Direccionamiento Estratégico documento firmado, revisado y aprobado; en donde se encuentran registrados por procesos, por riesgos, causas y controles de los ciento cuarenta y siete (147) riesgos especificados. Para la población de la muestra se han realizado seis (6) preguntas con respecto a la capacitación y formación en riesgos, gestión y administración de los riesgos, controles y seguridad de la información - Ciberseguridad.

05/04

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

	DESCRIPCION
NIVEL DE CONFIANZA	Nivel de confianza del 95% y error \pm 5% para el análisis global y con un error de \pm 10% en el caso respuesta a los datos específicos.
TIPO DE ENCUESTA	Para cada uno de los integrantes de la población establecida se desarrolla una encuesta a responder electrónicamente en el aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA", con que cuenta la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana para dicho fin.
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	Encuestas que contiene en total seis (6) preguntas, de las cuales dos (2) son cerradas y cuatro (4) de respuesta abierta.
COMUNICACIÓN DE LA ENCUESTA y ENVIO	Se desarrollará enviando vía correo electrónico a través del aplicativo Zimbra, a cada uno a los que aplica las encuestas y/o está dirigida (ver tabla anexa), un correo direccionado con las directrices y Enlace o Link en donde pueden ingresar para diligenciar cada una de las encuestas; la elaboración, tabulación y resultados se realiza con el aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA", Encuestas de Control Interno de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA. Los resultados y análisis de las encuestas son parte integral de la AUDITORIA EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DEL RIESGO Y SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES ESTABLECIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL 2021, auditoría independiente y objetiva desarrollada según el Plan de Auditorías de Control Interno y el Plan de Acción en Salud PAS de la vigencia 2021.
FECHA DE APLICACIÓN DE LA ENCUESTA	Desde el 21 al 29 de Octubre de 2021 será diligenciada por cada uno de los responsables de procesos que aplica la encuesta. Estará abierta para análisis de resultados hasta el 04 de Noviembre de 2021.
PROCESAMIENTO	Mediante aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA", Encuestas de Control Interno.
OBSERVACIÓN	Las encuestas se realizan contemplando todos los aspectos de los Riesgos Institucionales, sus controles basados en el Proceso de Dirección y Administración del Riesgo.
DIRECCIÓN ELABORACIÓN DIGITACION Y TABULACION	Jefe Oficina Control Interno – Yetica Jhasvelli Hernández Ariza. Profesional Especializado - María Clara Martínez Rubiano. Profesional Universitario - John Bonza Duque.

Chen

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

1.6. BASE LEGAL

- **Constitución Política de Colombia**, Artículo 23.
- **Ley 23 de 1981** - Código de Ética, la cual dicta normas sobre la ética médica aplicable a los profesionales de la salud que ejerce su profesión en Colombia. "La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinción de nacionalidad, ni de orden socioeconómico, racial, político o religioso. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que son inherentes".
- **Ley 87 de 1993** – Establece que todas las entidades Públicas debían organizarse e implementar sus propios procedimientos de evaluación y autoevaluación con miras a garantizar la integralidad y efectividad en el ejercicio de las funciones y el buen uso de los recursos públicos.
- **Decreto 1876 de Agosto de 1994** – Por el cual reglamenta los Artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994, en lo relacionado con las Empresas sociales de Estado. **NOTA:** Aclarado por el Decreto Nacional de 1995, en el sentido que el presente Decreto reglamenta los Artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993, Artículo 11 Numerales; 2) Discutir y aprobar los Planes de Desarrollo de la Empresa Social. 3) Aprobar los Planes Operativos Anuales. 10) Supervisar el cumplimiento de los planes y programas definidos para la Empresa Social.
- **Decreto 1537 de 2001** - Por el cual reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de Control Interno de las entidades y organismos del estado.
- **Decreto 1599 de 2005** - Por el cual se adoptó el Modelo Estándar de Control Interno – MECI para el estado Colombiano (MECI 1000:2005).
- **Ley 1474 de 2011** – Por el cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y efectividad del control de la Gestión Pública.
- **Decreto 943 de 2014** – Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno – MECI para el estado Colombiano, en el cual se determina las generalidades y estructura necesaria para establecer, implementar y fortalecer un Sistema de Control Interno en las entidades y organismos obligados a su implementación.
- **Decreto 1083 de 2015** - Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.
- **Decreto 612 de 2018** – Por medio del cual se fija la incorporación de los Planes Institucionales al Plan Operativo Anual de las entidades y la Implementación y seguimiento de los planes.

now

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA: INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

2. DOCUMENTACION CONSULTADA DE RIESGOS

La documentación general de los riesgos de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana de acuerdo a la publicación realizada en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA" se fundamentó en:

- Política de Administración de Riesgos, identificada con el Código 01DE06-V4 del Proceso de Direccionamiento Estratégico.
- Programa de Gestión y Administración del Riesgo, identificado con Código 01GC04-V6 del Proceso de Gestión de la Calidad.
- Procedimiento Administración del Riesgo, identificado con Código del Proceso de Gestión de la Calidad.
- Matriz de Riesgos Institucionales 2021.
- Informe de Monitoreo a los Riesgos Institucionales 2° Trimestre 2021 elaborado por la Oficina Asesora de Planeación y Gestión de la Calidad.

3. RESULTADO DE LA TABULACION DE LAS ENCUESTAS

Con el objeto de establecer la gestión de los Riesgos Institucionales 2021 de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana, definida la responsabilidad de las líneas de defensa en el Modelo Estándar de Control Interno – MECI y tomando como referencia el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG; compromisos de la LINEA ESTRATÉGICA (Comité Directivo, Comité de Gestión y Desempeño Institucional, Comité Institucional de Control Interno) y de la PRIMERA LINEA (Líderes de Proyecto y Responsables de Procesos), se diseñó veinticinco (25) encuestas con un total de ciento cuarenta y seis (146) Riesgos; una encuesta para cada Proceso con sus correspondientes Riesgos Institucionales, Matriz de Riesgos que se encuentra publicada desde mayo 20 de 2021 en el Aplicativo de Gestión Integral "ALMERA", Proceso Direccionamiento Estratégico, Matriz Riesgos Institucionales 2021. Las encuestas se encuentran soportadas en ficha técnica y dirigidas al Gerente, Directores, Oficinas Asesoras, Subdirectores, Líderes de Proyecto, Responsables de Proceso, todos ellos servidores públicos de Bogotá. Las encuestas contaron con seis (6) preguntas cerradas, dos (2) con respuesta de SI y NO y cuatro (4) con respuesta abierta con justificación; las mencionadas encuestas pudieron ser consultadas y diligenciadas dentro del Aplicativo de Gestión Integral "ALMERA" las cuales quedaron dispuestas desde el 21 hasta el 29 de Octubre y por encontrarse algunas encuestas sin diligenciar en la fecha dispuesta de cierre de la encuesta se amplió el plazo hasta el 5 de Noviembre.

A continuación se relaciona en cuadro anexo el nombre de la encuesta, Responsable del Proceso, los Riesgos y el enlace enviado a cada uno para poder acceder a la Encuesta y esta ser diligenciada:

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

#	NOMBRE ENCUESTA	RESPONSABLE	# Riesgo	RIESGOS 2021	ENLACE
1	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Apoyo Diagnóstico	RUTH MARGOT ROJAS RODRIGUEZ	1	Posibilidad de daño o pérdida de estabilidad de las muestras	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiZDZDVMNDdkMmRhZiAwM2Y5ZDBhNGU5MDQ2OWExMDIjNzliYmVjMTAyNWVhNmVmNWM2YWU0NiY2NzdkMjdiMTU1IiwuY29ubmVjdGlvbil6InNnaWh1c2FYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50ljoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjlIMkYiL_CJlb2RIljoIUjEtMjAyMSJ9
			2	Posibilidad de pérdida de estabilidad de los reactivos	
			3	Posibilidad de generar daño o perdida de muestra	
			4	Posibilidad de generar una inoportunidad en el reporte de resultados de patología	
			5	Posibilidad de entrega de inadecuada de resultados	
2	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Atención al Usuario y su Familia	NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO	6	Posibilidad de generar respuestas inadecuadas o erróneas a los usuarios (Respuestas sin la competencia técnica o no acorde a lo requerido)	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJiZiQyNzhmZTFkODM2MWNhZTQ0N2MzMzA1NWM5NiZmYzJiODY2ZDE5ODImNTc5YjAwMWM4ZWZiOTRiYmM3MjA2IiwuY29ubmVjdGlvbil6InNnaWh1c2FYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50ljoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjlIMkYiL_CJlb2RIljoIUjEtMjAyMSJ9
			7	Probabilidad de no formulación ni o ejecución planes de mejora asociados a PQRSD críticas o reiteradas por la misma causa.	
			8	Posibilidad de identificación inoportuna de las necesidades del Usuario en los Puntos de Información y Orientación al usuario o durante Rondas y visitas a pacientes hospitalizados	
			9	Posibilidad de no detección de casos críticos para la intervención social	
			10	Posibilidad de Gestión inadecuada del trámite de solicitudes médicas de servicios (Oxígenos, ambulancia, medicamento, valoraciones, remisiones y contrarremisiones y citas para toma de exámenes)	
			11	Posibilidad de no realización de seguimiento oportuno a los pacientes Hospitalizados	
			12	Posibilidad de Incumplimiento en la generación de respuesta de PQR a los Usuarios (No se generan las respuestas dentro de los términos de ley)	

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

#	NOMBRE ENCUESTA	RESPONSABLE	# Riesgo	RIESGOS 2021	ENLACE
3	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Atención Farmacéutica	MERCEDES BARRERA BOTIA	13	Posibilidad de dispensar erróneamente la fórmula médica	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJlNTE1ZjA3MmUzZmYxY2ZlMTFMD E3MGNINzg1ZWQ0ZjJhNGFk NThkODJlYTc5ODliOT1lZWm xNjYyN2NiOGFjliwiY29ubmVid Glvbil6lnNnaWh1c2FtYXJpdG FuYSIsImVuZHBvaW50ljoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuY WxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJ TJGYXBpJTJGdjlIMkYlLCJib2 RlIjoUjMIMiAyMSJ9
			14	Posibilidad de producir aire medicinal con fallos de calidad	
			15	Posibilidad de generar indisponibilidad temporal de productos farmacéuticos	
4	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Atención al Paciente Ambulatorio	ALEXANDRA BELTRAN SUAREZ	16	Posibilidad de aumento de la oportunidad en la asignación de citas debido a la insuficiencia de cupos programados	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJhNmJhM2M1OWZlMGNlZGYzNjllMD FkYmUxMmY1YjRmN2M1Zm U3NTZlZmE4NWQ3YzRmNjh mNTYyMTkxZTdhNWQ2liwiY2 9ubmVidGlvbil6lnNnaWh1c2Ft YXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW 50ljoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZ zZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJ Gc2dpJTJGYXBpJTJGdjlIMkYl LCJib2RlIjoUjMIMiAyMSJ9
			17	Posibilidad de aumento de la inasistencia a cita o procedimiento de apoyo diagnóstico o terapéutico programado en Consulta Externa debido a diferentes causas que se le puedan presentar al paciente	
			18	Posibilidad de aumento de la Cancelación de consulta y procedimientos por causa institucional	
			19	Posibilidad de aumento de la inoportunidad en la atención al paciente debido a factores institucionales	
			20	Posibilidad de no realizar las notificaciones de eventos adversos, de no diligenciar en la historia clínica sobre la evolución y comportamiento del tejido, de fallas en la adherencia al tratamiento del paciente.	
21	Posibilidad de reconocimiento de horas no trabajadas por los profesionales o especialistas debido a la falta de revisión de liquidación de horas laboradas				

Handwritten signature/initials

Handwritten signature/initials

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

#	NOMBRE ENCUESTA	RESPONSABLE	# Riesgo	RIESGOS 2021	ENLACE
5	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Atención al Paciente Hospitalizado	LUISA ALEJANDRA PARDO RICO	22	Posibilidad de Displasia Broncopulmonar - Neonatos debido a paciente prematuro	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOll4MWMJhNWUwYjBjN2JlZGZlYjBjMzA2NTIxMDdmNDA2NzIzYjk3YmI0NzZlNDkxZWlwOGQyYmM1MzQxYmEzZTU2liwiY29ubmVjZGlvbWVlNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50ljoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjllMkYlLCJib2RlljoilUjUtMjAyMSJ9
			23	Posibilidad de Enterocolitis Necrosante - Neonatos debido a mal formaciones congénitas	
			24	Posibilidad de crisis convulsiva en paciente hospitalizado-neurocirugia debido a factores de riesgo sin manejo instaurado	
			25	Posibilidad de enfermedad Tromboembolica en paciente con riesgo detectado	
			26	Posibilidad de Inoportunidad en la detección de trauma cervical en paciente de neurocirugia	
			27	Posibilidad de Complicaciones quirúrgicas inmediatas (24 horas)	
			28	Posibilidad de Ulcera digestiva por estrés en paciente con riesgo detectado	
			29	Posibilidad de complicaciones en el parto o puerperio por condiciones biopsicosociales	
6	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Atención al Paciente Quirúrgico	EILLEN MARYIBE MILLAN INFANTE	30	Posibilidad de Cancelación del procedimiento quirúrgico por causa institucional	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOll1NzhhYmYxN2ZmMmFmZDVINGUwODc2MWJlMwQzYTYxZWZlMjE3YmFiOWE1ZjAyODFiYTU2ZDkyYjI3YTfkNzVjliwiY29ubmVidGlvbWVlNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50ljoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjllMkYlLCJib2RlljoilUjUtMjAyMSJ9

Actu

BB

[Handwritten signature]

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN:
1.0

**FORMATO: INFORME AUDITORIA
INTERNA INDEPENDIENTE**

CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1

#	NOMBRE ENCUESTA	RESPONSABLE	# Riesgo	RIESGOS 2021	ENLACE
7	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Urgencias	ELKIN MOLINA GOMEZ	31	Posibilidad de inoportunidad de la atención del paciente en el servicio de urgencias debido a las demoras de las interconsultas solicitadas	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiI2NDUzZWMyNGl0ODE1YzhIMmUwNzg1YiFkZjkwYzU3OWVhYWxNWQzNjZkNTQ2NGJkODIhYzlmZTM4Mjk4ZlVmlwiY29ubmVjdGlvbil6InNaWh1c2FtYXJp dGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjllMkYILCJib2RlIjoIuictMjAyMSJ9
			32	Posibilidad que el paciente hospitalizado en el Servicio de Urgencias presente Delirium debido a estrés del paciente	
			33	Posibilidad que el paciente hospitalizado en el Servicio de Urgencias presente ideas / intento suicida debido a la falta de identificación de patologia mental	
			34	Posibilidad que el paciente hospitalizado en el Servicio de Urgencias presente Trombosis venosa profunda debido a la no formulación de trombo profilaxis	
			35	Posibilidad que el paciente hospitalizado en el Servicio de Urgencias presente Sangrado gástrico debido a la no formulación de Gastroprotección	
			36	Posibilidad de no realizar la llamada de notificación oportuna a la red de trasplantes debido a la falta de la notificación	
			37	Posibilidad de no realizar de manera oportuna el diagnóstico de Muerte encefálica, posibilidad de no realizar el mantenimiento de potencial donante debido a la inoportunidad en el diagnóstico	
8	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Banco de Sangre	TATIANA GUERRERO JUNCA	38	Posibilidad de disminución número de donantes que impacte en la distribución de hemocomponentes intra y extra institucional	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiIyNTc4NTIyOGY3MTRFTTgxZDUzNTBINGMwMwJmYzhhMTI1Mzc2NzgzNGE0NDM3ZiAxZjczZWZhZGVkMwQ1MTRmlwiY29ubmVjdGlvbil6InNaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjllMkYILCJib2RlIjoIln0=
			39	Posibilidad de pedida de la cadena de frio de hemocomponentes	
			40	Posibilidad de Falsos negativos en pruebas inmunoserologicas	

Handwritten signature/initials

Handwritten signature/initials

Handwritten signature/initials

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

#	NOMBRE ENCUESTA	RESPONSABLE	# Riesgo	RIESGOS 2021	ENLACE
9	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Desarrollo de Servicios	YESID ESNEIDER RAMIREZ MOYA	41	Posibilidad de Prestar un servicio de salud sin cumplir con las condiciones técnicas de habilitación según Resolución 3100.	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJmMWI5Y2M3NGI4OTI4OTJjNzI3N2E5ZGQ2MjNiMjE4MGEyMzcwThmNzgzYlQ5YWZlOTdiMzFkMic2NmU0MDdkliwiY29ubmVj dGlvbil6InNnaWwh1c2FYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2d pJTJGYXBpJTJGdillMkYiLCJl b2RlljoiUjktMjAyMSJ9
			42	Posibilidad de Incumplimiento en la implementación de las acciones o actividades derivadas de las referenciaciones comparativas.	
			43	Posibilidad de que no se gestionen permisos y/o autorizaciones ante los entes de reguladores (CAR, Codensa, EAAB, IDU, IDPC, Ministerios Entre otros), para el proyecto específico, por desconocimiento de la norma	
			44	Posibilidad de Prestación de servicios sin estar registrados en el REPS debido a la falta de cumplimiento de la normatividad	
			45	Posibilidad de que el presupuesto del proyecto en específico, no relaciona los precios ICCU, cuando es necesaria la contratación de un tercero para realizar estudios o diseños técnicos	
			46	Posibilidad que no se cuente con los recursos económicos necesarios para la ejecución del proyecto debido a la falta de presupuesto	

Rev.

[Handwritten signature]

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

#	NOMBRE ENCUESTA	RESPONSABLE	# Riesgo	RIESGOS 2021	ENLACE
10	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Direccionamiento Estratégico	EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS	47	Posibilidad de fallo extemporáneo de acciones u omisiones de los servidores públicos	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiI0MGJiMmJhYzVhYTtkDN2M5NGYwZWQ0MTRmOTY2ODQ2MWNhNjc4YmI5NzdkZjkkMzkyZDBmYjc3YWlwYiRlZlRlZlIwY29ubmVjdGlvbGl6InNaWh1c2FtYXJp dGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EiMkYIMkZzZ2k uYWxtZXJhaWduY29tJTJGc2 dpJTJGYXBpJTJGdjllMkYILCJ jb2RIioiUjEwLTlwMjEifQ==
			48	Posibilidad de pérdida de un expediente o proceso disciplinario debido a la falta de diligencia y cuidado de la custodia de los procesos	
			49	Posibilidad de Publicación de Información Confidencial del HUS debido a falta de definición de la información confidencial	
			50	Posibilidad de Comunicación e implementación de acciones estratégicas inoportunas debido al desconocimiento de directrices	
			51	Incumplimiento del Plan Indicativo y Plan Operativo Anual (POA) debido a falta de seguimiento	
			52	Posibilidad de Calificación Insatisfactoria en el cumplimiento del Plan de Gestión de la vigencia evaluada debido a la falta de seguimiento	
			53	Posibilidad de Incumplimiento de Políticas institucionales y Planes Estratégicos, proyectos debido a la falta de seguimiento	
			54	Posibilidad de Inadecuado manejo de recursos financieros por gastos innecesarios, sobrecostos presupuestales	
			55	Posibilidad de ser utilizada directa o indirectamente la institución como instrumento para el lavado de activos y/o canalización de recursos hacia la realización de actividades terroristas.	

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN:
1.0

**FORMATO: INFORME AUDITORIA
INTERNA INDEPENDIENTE**

CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1

#	NOMBRE ENCUESTA	RESPONSABLE	# Riesgo	RIESGOS 2021	ENLACE
			56	Posibilidad de pérdida de la imagen institucional por afectación reputacional asociada a SARLAFT debido a la falta de seguimiento	
			57	Posibilidad de Incumplimiento de reporte a entidades de vigilancia y control debido a falta de capacitación del recurso humano	
			58	Posibilidad de Inadecuada evaluación de la eficacia de los Comités debido a la falta de articulación	
			59	Posibilidad de Inadecuada gestión de permisos y/o autorizaciones emitidas por los diferentes entes de reguladores para el proyecto específico, previo a la presentación ante el ente Departamental y nacional	
			60	Posibilidad de que el Proyecto sea devuelto por los entes revisores debido a que las características de los equipos documentadas no cumplen los requisitos mínimos planteados desde la institución	
			61	Posibilidad de prestación de servicios sin estar registrados en el REPS debido a la falta de seguimiento al cumplimiento de la normatividad	
			62	Posibilidad del aseguramiento no da el alcance y/o cobertura total en caso de siniestralidad debido a la falta de seguimiento a los lineamientos definidos en la póliza	

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

#	NOMBRE ENCUESTA	RESPONSABLE	# Riesgo	RIESGOS 2021	ENLACE
11	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Docencia	GUILLERMO ALBERTO LEON GARCIA	63	Posibilidad de tener como resultado un evento adverso o un incidente que afecte la seguridad clínica de un paciente.	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJhNGY5YjA1ZDI2YiQ3MzAxNmQ0ZmFIYWWE0N2Q2ZjMzZDIiZDhkYzYzZDk0NDQ4NTZlZGRhOTJkNDU3IiwiaWY29ubmVjdGlvbil6InNaWh1c2FiYXJpZGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjlIMkYiLCJib2RlIjoUjExLTlwMjEifQ==
			64	Posibilidad de Inoportunidad en la presentación de los estudiantes debido a comunicación inadecuada	
			65	Posibilidad en la Inoportunidad en la inducción debido a la falta de adherencia	
			66	Posibilidad de Supervisión inadecuada. Debido a la falta de cumplimiento del procedimiento	
			67	Posibilidad de pérdida o hurto de equipos, o tecnologías debido a la no actualización de inventarios	
			68	Posibilidad de Utilización de los recursos de contraprestación de los convenios docente asistencial en actividades diferentes a la formación del talento humano, desarrollo y áreas de bienestar de los estudiantes o mejoramiento y equipamiento tecnológico del E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana	
69	Posibilidad de Sobreoferta de convenios y programas no acreditados o de niveles de formación no compatibles con hospital universitario				

ca. 2021

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

#	NOMBRE ENCUESTA	RESPONSABLE	# Riesgo	RIESGOS 2021	ENLACE
12	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Esterilización	DIANA MARIA AREVALO ARISTIZABAL	70	Posibilidad de no cumplimiento de las condiciones de esterilización de los dispositivos médicos (Instrumental y ropa)	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiI1MDJjNmQwODhjYWUxNWFhYjkwYzQ0ODA1YjI2N2U1YzY1MTJlMWZjYTlmMWE2MjI1NTY4MmEwNmM4NzhjYzA2liwiY29uYmVldGlvbil6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjllMkYiLlCjJb2RIljoIUeYlLlTlwMjEifQ==
13	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Facturación y Recaudo	MARIA ISABEL VEGA CARVAJAL	71	Posibilidad de peculado en el recaudo de dineros públicos (facturación, puntos de caja, Tesorería) debido al incumplimiento de políticas, procedimientos y compromisos de transparencia del colaborador	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJjZWQyY2MyNzhjNDgwNmI2OTZlN2Y5NmVlNDZzZDg2MzkyOGY3NWM4ZmI2NzVhNzVjZjIjNmQ1NGJmNmU0OTZlhiwiY29uYmVldGlvbil6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjllMkYiLlCjJb2RIljoIUeZlTlwMjEifQ==
			72	Posibilidad de Subfacturación o sobrefacturación debido a la falta de disponibilidad de soportes de la factura	
			73	Posibilidad de Existencia de Ingresos abiertos en el sistema debido a la falta del cargue diario de la factura	
			74	Posibilidad de inoportunidad en la radicación de facturas debido a la falta de oportunidad en la respuesta del radicado de la factura	
			75	Posibilidad de pérdida de Información o documentación debido a las fallas en los equipos Informáticos	
			76	Posibilidad de Inoportunidad registro y/o respuesta de La glosa y/o devoluciones según tiempos normativos definidos.	
			77	Posibilidad de Prescripción en el cobro de facturas debido al incumplimiento de la normatividad referente a pagos	
			78	Posibilidad de Disminución en el porcentaje de Recuperación de Cartera debido al incumplimiento de la normatividad referente a pagos	

non

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

#	NOMBRE ENCUESTA	RESPONSABLE	# Riesgo	RIESGOS 2021	ENLACE
			79	Posibilidad de Incertidumbre de la cartera adeuda debido a incumplimiento por parte de entidades pagadoras	
			80	Posibilidad de ser utilizada directa o indirectamente la institución como instrumento para el lavado de activos y/o canalización de recursos hacia la realización de actividades terroristas.	
			81	Posibilidad de Sobre ejecución de los contratos debido a no hacer seguimiento a la ejecución de los contratos	
			82	Posibilidad de no negociar las tarifas adecuadas debido a no conocer el homologo correspondiente a cada servicio	
			83	Probabilidad de no contar con un portafolio actualizado debido a que las especialidades no suministran la información correcta y oportuna de los procedimientos que realizan	
14	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Gestión de Bienes y Servicios	MIGUEL ANGEL LIÑEIRO COLMENARES	84	Posibilidad de Identificación incompleta de los bienes tangibles e intangibles de la institución debido a la falta de información específica	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiI0ZDBlM2E3NjEwNjg2MDNjNWQ4ZjE5YzNlYjJlMWE4OTQ3OGYxMTU1OTdldm5NGRlZDVjYjNiZWE3OGlwODAyIiwY29ubmVjdGlvbll6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIMQEIIMkYlMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdmlIMkYlLCJlb2RlIjoUjE0LTlwMjEifQ==
			85	Posibilidad de Inadecuada adjudicación de la solicitud de compra debido a la falta de la evaluación de requisitos	
			86	Posibilidad de Inoportunidad de la adquisición de bienes y servicios debido a la falla de la proyección de estudios previos	
			87	Posibilidad de Identificación incompleta de los bienes tangibles e intangibles de la institución debido a la falta de adherencia en el procedimiento	
			88	Posibilidad de falta implementar en el sistema DGH un Módulo de solicitud de insumos instalado en todos los servicios para enlazar las salidas directamente desde el Almacén en el momento de la entrega de los pedidos.	

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

#	NOMBRE ENCUESTA	RESPONSABLE	# Riesgo	RIESGOS 2021	ENLACE
			99	Posibilidad de pérdida de Información de la gestión documental del proceso de gestión de la calidad debido a la falta de condiciones de conservación	
			100	Posibilidad de afectación económica por incumplimiento de requisitos legales asociado a reportes ambientales	
16	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Gerencia de la Información	ALFREDO TELLEZ ARIZA	101	Posibilidad de Perdida y divulgación de la Información confidencial debido al inadecuado manejo de los sistemas de información	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOIlxN2JkNlA4MjBIMGQ5MDU3NWYyOWE3NlZkNmE2MmI4MDJhYzd mMmI3ZWFKMjk4MzZkNmJm NzA5ZTA0OGU4ZmFklwiY29 ubmVjdGlvbil6lnNnaWh1c2FY XJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50 ljoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJG c2dpJTJGYXBpJTJGdjlIMkYIL CjJb2RlljoIUjE2LTlwMjEifQ==
			102	Posibilidad de caída de Sistemas de Información Críticos del HUS debido a posible falla de los equipos	
17	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Gestión de Tecnología Biomédica	JUAN CARLOS MOLINA GUEVARA	103	Posibilidad de Adquisición de tecnología biomédica innecesaria debido a que no se tengan claras las necesidades.	
			104	Posibilidad de Demora en la instalación de la tecnología biomédica debido al incumplimiento de los proveedores	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOjJmZWFlhY2Q5OWRhMGiOY2FmMmI1ZmRlYzhkN2E2N2RkZTI2YzE2NTRlNTJlNzcwMzQ3ZDBhODNmN2JmMmZlOTIwliwiY29ub mVjdGlvbil6lnNnaWh1c2FYX JpdGFuYSIsImVuZHBvaW50ljoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjlIMkYIL CjJb2RlljoIUjE3LTlwMjEifQ==
			105	Posibilidad de Incremento del mal uso de la tecnología biomédica y novedades de seguridad debido a la falta de adherencia de las capacitaciones	
			106	Posibilidad de mantener los equipos biomédicos funcionando incorrectamente para aumento de novedades de seguridad y no brindar una atención con calidad al paciente	
			107	Posibilidad de Realizar una inadecuada incorporación de las tecnologías en tránsito rápido debido a la falta de adherencia de las capacitaciones	

rev

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

#	NOMBRE ENCUESTA	RESPONSABLE	# Riesgo	RIESGOS 2021	ENLACE
			108	Posibilidad de direccionar marcas y/o laboratorios en el momento de las convocatorias sin la justificación técnica o el previo soporte técnico con el fin de obtener contra prestaciones para los funcionarios	
18	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Gestión del Talento Humano	LUZ DARY RUIZ ROMERO	109	Posibilidad de condenas y/o sanciones administrativas solidarias en contra de la entidad por presunta Intermediación Laboral	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiIxZjFkOjUwOWZlNiIHMtVjZjVjZGNI MDBmMDRkMWNkNzAxMTU1ODYxNmRhMzExZGZlZyZcyZTE2YjZlNWZlMmVlIiwia29ubmVjdGlvbiI6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjllMkYILCjib2Rlljoiln0=
			110	Posibilidad de que un funcionario y/o colaborador de la institución resulte contagiado en el ejercicio de sus funciones por Covid 19	
			111	Posibilidad de realizar pagos en nómina no justificados, valores a los cuales no se tiene derecho u omisión de pagos a los cuales si se tiene derecho	
			112	Posibilidad de pérdida de Información de Historias laborales o archivo de gestión	
19	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Gestión Financiera	JOSE JAIME PINZON RIAÑO	113	Posibilidad de Déficit presupuestal debido a la disminución de ingresos y aumento de gastos	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiIwYtExNGRIOTA5ZTc4OWZmMWUwNGEYzDk0NTMwNmlyNzhhNDVjOWFln2U5ODQ2Y2M4ZWY1ZGMwMTI5ODQ5MzVlIiwia29ubmVjdGlvbiI6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjllMkYILCjib2RlljoilUE5LTIwMjEifQ#
			114	Posibilidad de Pago inoportuno de las obligaciones con terceros debido a la disminución en el flujo de caja	
			115	Posibilidad de Fraude Electrónico Posibilidad de Déficit presupuestal debido a la disminución de ingresos y aumento de gastos	
			116	Posibilidad de Inconsistencias y/o errores en las cuentas contables debido a información con faltantes	
			117	Posibilidad de Omisiones en la información contable y financiera debido a manipulación de cifras	
			118	Posibilidad de Incumplimiento en la presentación Estados financiero a Entes de Control y Vigilancia debido a la presentación de información inexacta	

CV

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

#	NOMBRE ENCUESTA	RESPONSABLE	# Riesgo	RIESGOS 2021	ENLACE
			119	Posibilidad de Falta de seguimiento y monitoreo constante de los saldos diarios de las cuentas de bancos debido a falta de seguimiento del encargado.	
			120	Posibilidad de Inoportunidad en el registro de los bienes adquiridos y/o subvencionados debido al incumplimiento de las fechas e registro por parte de los referentes	
			121	Posibilidad Registro de hechos contables sin los soportes debidos o sin justificaciones precisas debido a cifras en cuentas contables erróneas	
			122	Posibilidad de Falta de cruces de información contable con los módulos con Interfaz Financiera debido a cifras en cuenta contables erróneas	
			123	Posibilidad de Disminución en el flujo de caja debido a la disminución del recaudo y rentabilidad económica	
			124	Posibilidad que ingresen recursos de manera ilícita debido al ingreso recursos de procedencia ilegal	
			125	Posibilidad en la perdida de la información digital de respaldo debido a las fallas en controles de manejo de la información digital	
			126	Posibilidad de Devolución de dinero a terceros de manera injustificada debido a dineros en efectivo a un tercero con o sin vínculos comerciales y no relacionados en las bases de datos de la entidad con probabilidad de contribuir con el lavado de activos.	

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

#	NOMBRE ENCUESTA	RESPONSABLE	# Riesgo	RIESGOS 2021	ENLACE
20	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Gestión de la Infraestructura	JEFFREY MANOLO TORRES VALADARES	127	Posibilidad de Inoportunidad en la respuesta al mantenimiento debido a falta de recursos financieros	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiI4ZWw4MmQ5NGYzN2FknjE3OGMwNWQ1MjNjMz4NDk5NDZiZTvkYmM3NTEzMjg2M2Y1MmU5NTFjYzk5Yjk2MDU1IiwuY29uYmVjdGlvbil6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50ljoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjIIMkYiL_CJib2RIljoijUjIjLTlwMjEifQ==
			128	Posibilidad de Incumplimiento de la normatividad debido al desconocimiento	
			129	Posibilidad de presentar cortes en la prestación de servicios de agua, electricidad, gases medicinales o ventilación mecánica debido a la falta de mantenimiento	
21	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Hotelaria Hospitalaria	NELSY DEL PILAR FLOREZ CRUZ	130	Posibilidad de Infecciones asociadas a la limpieza y desinfección	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJmN2VjYiUwZDU4MTQ3MwY0NjUzYU1OTHiMmEwZWY1YzNjYTUwZmE5M2YzYjdlNWQ2ZTc5NzE0ZiQ1ZDE2ZmU5IiwuY29uYmVjdGlvbil6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50ljoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjIIMkYiL_CJib2RIljoijUjIjLTlwMjEifQ==
			131	Posibilidad de Inoportunidad en la realización de la limpieza y desinfección	
			132	Posibilidad de Ropa hospitalaria insuficiente	
			133	Posibilidad de Inoportunidad ó error en la dispensación de dietas a pacientes	
			134	Posibilidad de Fuga o perdida de usuarios de la institución	
			135	Posibilidad de contaminación de un alimento	
22	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Imágenes Diagnósticas	YAMILE UBAQUE	136	Posibilidad de complicación en el paciente durante un procedimiento intervencionista	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiI5ZWU1NWVIZTgwM2FIOGYwYWMYMTM4NTc3Y2RINzc0MTI4YzQ3ZTI2OTgxZDhhOWRjYTMzYiMwMzFkYjk0YmVmlIiwuY29uYmVjdGlvbil6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50ljoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjIIMkYiL_CJib2RIljoijUjIjLTlwMjEifQ==
			137	Posibilidad de Extravasación de medio de contraste	

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

#	NOMBRE ENCUESTA	RESPONSABLE	# Riesgo	RIESGOS 2021	ENLACE
23	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Investigación	GUILLERMO ALBERTO LEON GARCIA	138	Posibilidad perdida de categorización como hospital universitario por bajo desarrollo de investigaciones.	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlhZXkiOiJkZWZlNTdiN2MwMwJkNzg1YzJmMzUzY2VmMzk4Zm12NzQzZDVjNTU1NDVjZDlhmN2NIOTc1NDZmYzFkYTZhMmVhIiw1Y29ubmVidGlvbi6lnNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjllMkYILCJjb2RlIjoUijzLTlwMjEifQ==
			139	Posibilidad de Utilización de conocimiento científico sin autorización de la fuente original.	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlhZXkiOiJkZWZlNTdiN2MwMwJkNzg1YzJmMzUzY2VmMzk4Zm12NzQzZDVjNTU1NDVjZDlhmN2NIOTc1NDZmYzFkYTZhMmVhIiw1Y29ubmVidGlvbi6lnNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjllMkYILCJjb2RlIjoUijzLTlwMjEifQ==
24	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Gestión Jurídica	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA	140	Posibilidad de Habilitar proponentes sin el cumplimiento de requisitos jurídicos en los procesos precontractuales (Contratación y de proceso)	
			141	Posibilidad de pérdida de la información del correo de notificaciones judiciales de la entidad o de los correos del área jurídica, lo cual originaria falta de soportes y pruebas en los diferentes procesos judiciales, constitucionales, sancionatorios y demás que estén a cargo de la oficina	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlhZXkiOiJ3YTBkZWE2NzQ2NzBiMmFhMGZlZWY2Y2QyZDEzYjFhNzE5Zic5YjY5OGVIMzRiZDYwZiRlZmRhNGM2MTM0NzUzIiw1Y29ubmVidGlvbi6lnNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjllMkYILCJjb2RlIjoUijzLTlwMjEifQ==
			142	Posibilidad de pérdida de Información de un expediente contractual debido al no cumplimiento de medidas o condiciones de conservación	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlhZXkiOiJ3YTBkZWE2NzQ2NzBiMmFhMGZlZWY2Y2QyZDEzYjFhNzE5Zic5YjY5OGVIMzRiZDYwZiRlZmRhNGM2MTM0NzUzIiw1Y29ubmVidGlvbi6lnNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjllMkYILCJjb2RlIjoUijzLTlwMjEifQ==
			143	Posibilidad de error en la aprobación de las pólizas de los contratos (contratación) debido a falta de revisión y aprobación del documento	
25	Riesgos Institucionales 2021 - Proceso Referencia y Contrareferencia	WILLIAM EDUARDO GOMEZ GUEVARA	144	Posibilidad de Registros incorrectos y/o incompletos de información debido a la falta de control en la ejecución de la actividad	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlhZXkiOiJkZWZlNTdiN2MwMwJkNzg1YzJmMzUzY2VmMzk4Zm12NzQzZDVjNTU1NDVjZDlhmN2NIOTc1NDZmYzFkYTZhMmVhIiw1Y29ubmVidGlvbi6lnNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjllMkYILCJjb2RlIjoUijzLTlwMjEifQ==
			145	Posibilidad de Omisión reporte sintomatología respiratoria de los pacientes que remiten al HUS debido a falta en el registro del paciente	https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlhZXkiOiJkZWZlNTdiN2MwMwJkNzg1YzJmMzUzY2VmMzk4Zm12NzQzZDVjNTU1NDVjZDlhmN2NIOTc1NDZmYzFkYTZhMmVhIiw1Y29ubmVidGlvbi6lnNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjllMkYILCJjb2RlIjoUijzLTlwMjEifQ==

over

[Handwritten signature]

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

#	NOMBRE ENCUESTA	RESPONSABLE	# Riesgo	RIESGOS 2021	ENLACE
			146	Posibilidad de apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización en la ambulancia	oiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjllMkYlLCJlb2RlljoUj1LTlwMjEifQ==

Cerradas las encuestas de Riesgos se registra las siguientes observaciones:

- Número de Encuestas diligenciadas, veintitrés (23)
- Número de Encuestas NO diligenciadas, dos (2)
- Número de Riesgos respondidos, ciento veintiocho (128)
- Número de Riesgos NO respondidos, dieciocho (18)
- Porcentaje Encuestas Diligenciadas por cada responsable de proceso fue del 92%

A los ciento veintiocho (128) Riesgos que dieron respuesta a la pregunta:

¿Segue siendo un riesgo para el proceso? El 91% respondió que SI, mientras que el 9% restante respondió que NO.

¿Este riesgo pertenece a su Proceso? El 84% respondió que SI, mientras que el 16% restante respondió que NO.

Datos por número de riesgos que se representan en la siguiente gráfica:



Handwritten signature/initials

Handwritten signature

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

En las siguientes cuatro (4) preguntas realizadas a los veintitrés (23) Procesos y que dieron respuesta, se genera el siguiente resultado:

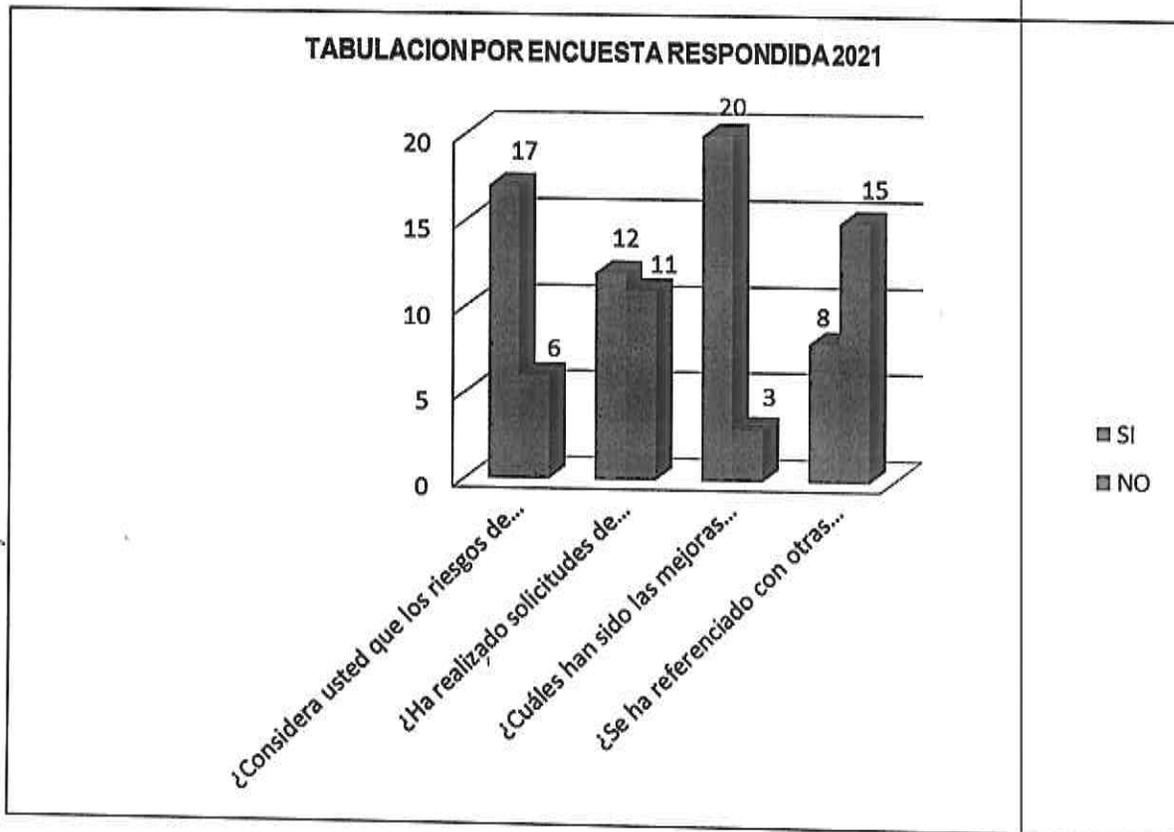
¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos? El 74% de los Responsables de Proceso respondió que SI, mientras que el 26% restante respondió que NO.

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso? El 52% de los Responsables de Proceso respondió que SI, mientras que el 48% restante respondió que NO.

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo? El 87% de los Responsables de Proceso relaciono las mejoras logradas, mientras que el 13% restante NO fue específico.

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso? El 35% de los Responsables de Proceso respondió que SI, mientras que el 65% restante respondió que NO.

Datos por número de encuestas que se representan en la siguiente gráfica:



mev

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

Una vez analizadas las respuestas entregadas con las Encuestas diligenciadas por cada uno de los veintitrés (23) Responsables de Proceso y la materialización de algunos de los riesgos se pudo determinar lo siguiente:

PROCESO DOCENCIA:

En el Riesgo: ***Posibilidad de tener como resultado un evento adverso o un incidente que afecte la Seguridad Clínica de un paciente.*** Respondió que este Riesgo NO pertenece a su proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

En la Pregunta: ***¿Ha realizado solicitudes de compra para adquirir Tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?*** Se solicita que amplíe la respuesta entregada en la encuesta ya que no fue clara.

PROCESO APOYO DIAGNÓSTICO:

En la Pregunta: ***¿Ha realizado solicitudes de compra para adquirir Tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?*** Se solicita que amplíe la respuesta entregada en la encuesta ya que no fue clara.

En la Pregunta: ***¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la Gestión del Riesgo?*** Se solicita que amplíe la respuesta entregada en la encuesta ya que no fue clara como respuestas de riesgos para su proceso.

PROCESO FACTURACIÓN Y RECAUDO:

En el Riesgo: ***Posibilidad de peculado en el recaudo de dineros públicos (Facturación, puntos de caja, Tesorería) debido al incumplimiento de políticas, procedimientos y compromisos de transparencia del colaborador.*** Respondió que NO sigue siendo este Riesgo del proceso NI tampoco pertenece a su proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

En el Riesgo: ***Posibilidad de inoportunidad de registro y/o respuesta de las glosas y/o devoluciones, según tiempos normativos definidos.*** Respondió que este Riesgo NO pertenece a su proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

En el Riesgo: ***Posibilidad de Prescripción en el cobro de facturas debido al incumplimiento de la normatividad referente a pagos.*** Respondió que este Riesgo NO pertenece a su proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

En el Riesgo: ***Posibilidad de disminución en el porcentaje de recuperación de cartera debido al incumplimiento de la normatividad referente a pagos.*** Respondió que este Riesgo NO pertenece a su proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

COY

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

En el Riesgo: ***Posibilidad de incertidumbre de la cartera adeudada debido a incumplimiento por parte de las entidades pagadoras.*** Respondió que este Riesgo NO pertenece a su proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

En el Riesgo: ***Posibilidad de ser utilizada directa e indirectamente la institución como instrumento para el lavado de activos y/o canalización de recursos hacia la realización de actividades terroristas.*** Respondió que este Riesgo NO pertenece a su proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

En el Riesgo: ***Posibilidad de sobre ejecución de los contratos debido a no hacer seguimiento a la ejecución de los contratos.*** Respondió que este Riesgo NO pertenece a su proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

En el Riesgo: ***Posibilidad de no negociar las tarifas adecuadas debido a no conocer el homologo correspondiente a cada servicio.*** Respondió que este Riesgo NO pertenece a su proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

En el Riesgo: ***Posibilidad de no contar con el portafolio actualizado debido a que las especialidades no suministran la información correcta y oportuna de los procedimientos que realizan.*** Respondió que este Riesgo NO pertenece a su proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

En la Pregunta: ***¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?*** Se solicita que amplíe la respuesta entregada en la encuesta ya que no fue clara.

PROCESO GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

En el Riesgo: ***Posibilidad de falta de implementar en el DGH un Módulo de solicitud de insumos, instalado en todos los servicios para enlazar las salidas directamente desde el almacén en el momento de la entrega de los pedidos.*** Respondió que NO sigue siendo un Riesgo para el proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

En el Riesgo: ***Posibilidad de falta de inclusión de activos en el inventario de bienes debido a la falta de parametrización en el sistema.*** Respondió que NO sigue siendo un Riesgo para el proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

PROCESO GESTIÓN DE LA CALIDAD

En la Pregunta: *¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología y/o desarrollos tecnológicos?* Se solicita que amplíe la respuesta entregada en la encuesta mencionando cual tecnología se requerirá.

PROCESO GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

En la Pregunta: *¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?* Se solicita que amplíe la respuesta entregada en la encuesta ya que no fue clara como respuesta de riesgos para su proceso.

En la Pregunta: *¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?* Se solicita que amplíe la respuesta entregada en la encuesta ya que no fue clara como respuesta de riesgos para su proceso.

PROCESO GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA

En las Preguntas:

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología y/o desarrollos tecnológicos?

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la Gestión del Riesgo?

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso? Se solicita que amplíe las respuestas entregadas en la encuesta ya que no fueron claras como respuestas de riesgos para su proceso.

PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

En el Riesgo: *Posibilidad de déficit presupuestal debido a la disminución de ingresos y aumento de gastos.* Respondió que este Riesgo NO pertenece a su proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

En el Riesgo: *Posibilidad de fraude electrónico, posibilidad de déficit presupuestal debido a la disminución de ingresos y aumento de gastos.* Respondió que NO sigue siendo este Riesgo del proceso NI tampoco pertenece a su proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

En el Riesgo: *Posibilidad de inconsistencia y/o errores en las cuentas contables debido a la información con faltantes.* Respondió que NO sigue siendo un Riesgo para el proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

En el Riesgo: *Posibilidad de omisiones en la información contable y financiera debido a manipulación de cifras.* Respondió que NO sigue siendo este Riesgo del proceso NI tampoco

com

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

pertenece a su proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

En el Riesgo: ***Posibilidad de incumplimiento en la presentación de Estados Financieros a Entes de Control y Vigilancia, debido a la presentación de información inexacta.*** Respondió que NO sigue siendo un Riesgo para el proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

En el Riesgo: ***Posibilidad de falta de seguimiento y monitoreo constante de los saldos diarios de las cuentas de bancos debido a falta de seguimiento del encargado.*** Respondió que NO sigue siendo un Riesgo para el proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

En el Riesgo: ***Posibilidad de inoportunidad en el registro de los bienes adquiridos y/o subvencionados debido al incumplimiento de las fechas de registro por parte de los referentes.*** Respondió que este Riesgo NO pertenece a su proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

En el Riesgo: ***Posibilidad registro de hechos contables sin el soporte debido o sin justificaciones precisas debido a cifras en cuentas erróneas.*** Respondió que NO sigue siendo un Riesgo para el proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

En el Riesgo: ***Posibilidad de ingresen recursos de manera ilícita debido al ingreso de recursos de procedencia ilegal.*** Respondió que NO sigue siendo este Riesgo del proceso NI tampoco pertenece a su proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

En el Riesgo: ***Posibilidad en la pérdida de la información digital de respaldo debido a las fallas en controles de manejo de la información digital.*** Respondió que este Riesgo NO pertenece a su proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

En el Riesgo: ***Posibilidad de devolución de dinero a terceros de manera injustificada debido a dineros en efectivo a un tercero con o sin vínculos comerciales y no relacionados en la base de datos de la entidad con probabilidad de contribuir con el lavado de activos.*** Respondió que NO sigue siendo este Riesgo del proceso NI tampoco pertenece a su proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

En la Pregunta: ***¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología y/o desarrollos tecnológicos?*** Se solicita que amplie la respuesta entregada en la encuesta mencionando cual tecnología se requerirá.

En la Pregunta: ***¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?*** Se solicita que amplie la respuesta entregada en la encuesta ya que no fue clara como respuesta de riesgos para su proceso.

CAO/1

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN:

1.0

FORMATO: INFORME AUDITORIA
INTERNA INDEPENDIENTE

CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1

PROCESO HOTELERIA HOSPITALARIA

En la Pregunta: *¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?* Se solicita que actualice la respuesta entregada en la encuesta ya que se está evaluando los Riesgos Institucionales de la vigencia 2021.

PROCESO IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

En la Pregunta: *¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la Gestión del Riesgo?* Se solicita que amplie la respuesta entregada en la encuesta ya que no fue clara como respuestas de riesgos para su proceso.

PROCESO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

En el Riesgo: *Posibilidad registro de hechos contables sin el soporte debido o sin justificaciones precisas debido a cifras en cuentas erróneas.* Respondió que NO sigue siendo un Riesgo para el proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

PROCESO ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO

En el Riesgo: *Posibilidad de Reconocimiento de horas no trabajadas por los profesionales o especialistas debido a la falta de revisión de liquidación de horas laboradas.* Respondió que NO sigue siendo este Riesgo del proceso NI tampoco pertenece a su proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

PROCESO URGENCIAS

En el Riesgo: *Posibilidad de no realizar la llamada de notificación oportuna a la red de trasplantes debido a la falta de notificación.* Respondió que este Riesgo NO pertenece a su proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

En el Riesgo: *Posibilidad de no realizar de manera oportuna el diagnóstico de muerte encefálica, posibilidad de no realizar el mantenimiento de potencial donante debido a la inoportunidad en el diagnóstico.* Respondió que este Riesgo NO pertenece a su proceso, situación por la cual se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

4. RIESGOS MATERIALIZADOS

Según Informe de Monitoreo realizado a los Riesgos Institucionales 2021 por la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad en el segundo Trimestre de 2021 algunos riesgos se materializaron, por tal motivo se solicitó por medio de correo electrónico en noviembre 10 de 2021 a cada uno de los procesos para que informaran si realizaron un Plan de Mejora y Controles realizados, a continuación se relacionan los procesos con la respuesta entregada a sus riesgos materializados:

- **ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO**
RIESGO: Crisis convulsiva en paciente hospitalizado – Neurocirugía debido a factores de riesgo sin manejo instaurado. Se realizó análisis y verifíco que los controles fueron aplicados de manera efectiva por parte del responsable del proceso y se concluye que la materialización del riesgo la CAUSA NO ERA PREVENIBLE, por lo anterior NO amerita realizar plan de mejoramiento.
- **ATENCIÓN FARMACÉUTICA**
RIESGO: Posibilidad de generar indisponibilidad temporal de productos Farmacéuticos. Algunas causas por la cual se materializo el riesgo fueron; desabastecimiento del producto en el mercado, retraso en la entrega de los pedidos por parte del proveedor, se realiza el análisis y se generan actividades a gestionar las cuales se encuentran en desarrollo en el Aplicativo de Gestión Integral "ALMERA", las cuales les hará el respectivo seguimiento el Líder de Seguridad del Paciente.
RIESGO: Posibilidad de dispensar erróneamente la fórmula médica. Esta materialización se basó en la dispensación de nutrición parenteral con unos requerimientos diferentes a los formulados en la Historia Clínica, evidenciados en error en la preparación del proveedor externo, quedo con plan de mejora identificado con ID2294 en el Aplicativo de Gestión Integral "ALMERA".
- **IMÁGENES DIAGNÓSTICAS**
RIESGO: Posibilidad de extravasación de medio de contraste. Se materializo por un paciente de acceso difícil venoso y con condiciones fisiológicas que aumentaron el riesgo, se genera plan de mejora identificado con ID2294 en el Aplicativo de Gestión Integral "ALMERA".
- **ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO**
RIESGO: Posibilidad de aumento de la inasistencia a cita o procedimiento de apoyo diagnóstico o terapéutico programado en consulta externa debido a diferentes causas que se le puedan presentar al paciente. Como causa principal de la materialización fue derivada de la pandemia de Covid-19, la cual no permitió el desplazamiento de los pacientes programados y por causa inherente del paciente, esta no se puede controlar en el proceso, la inasistencia se encuentra como indicador en el Aplicativo de Gestión Integral "ALMERA" con seguimiento mensual y análisis trimestral.

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

- FACTURACIÓN Y RECAUDO

RIESGO: Posibilidad de subfacturación o sobrefacturación debido a la falta de disponibilidad de soportes de factura. Se realiza actualización en la prefactura con cargue diario de estancia y ayudas diagnósticas y demás servicios, se genera plan de mejora identificado con ID2049 en el Aplicativo de Gestión Integral "ALMERA".

RIESGO: Posibilidad de existencia de ingresos abiertos en el sistema debido a la falta de cargue de la factura. Se fortalece el proceso de cierre de ingresos abiertos, se genera plan de mejora identificado con ID2050 en el Aplicativo de Gestión Integral "ALMERA".

RIESGO: Posibilidad de inoportunidad en la radicación de las facturas debido a la oportunidad en la respuesta del radicado de la factura. Se establece cronograma de radicación para que esta sea oportuna y permita alcanzar meta de radicación del 95% de los servicios facturados, se generan controles los cuales se detallan en el plan de mejora identificado con ID2043 en el Aplicativo de Gestión Integral "ALMERA".

RIESGO: Posibilidad de pérdida de información o documentación debido a las fallas en los equipos informáticos. Esta materialización no genero plan de mejora pero se desarrollan controles como tener espacio físico para custodiar los documentos que por cambio de norma ya no se radican en las Empresas Promotoras de Salud.

- GESTIÓN FINANCIERA

RIESGO: Posibilidad de pago inoportuno de las obligaciones con terceros debido a la disminución del flujo de caja. Materializado este riesgo, en julio 6 de 2021 es aprobado el Plan de mejora identificado con ID2082 en el Aplicativo de Gestión Integral "ALMERA", plan que contiene tres (3) actividades de control las cuales tienen un 50% de avance.

- GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

RIESGO: Posibilidad de inoportunidad en la respuesta al mantenimiento debido a la falta de recursos financieros. Riesgo materializado que no genero plan de mejora, pero se plantearon controles para ajustar el indicador que está vinculado al riesgo, como fue no cuantificar las solicitudes realizadas los fines de semana, indicador que se encuentra identificado con el número 1810 en el Aplicativo de Gestión Integral "ALMERA" y corresponde a "Porcentaje de cumplimiento al mantenimiento correctivo prioritario en el tiempo establecido (1 día)".

- GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

RIESGO: Posibilidad que un funcionario y/o colaborador de la institución resulte contagiado en el ejercicio de sus funciones por Covid-19. Dado que fue materializado este riesgo y en aras de mitigar la probabilidad de contagio se estableció jerarquía de controles, como son; Eliminación, sustitución, controles de ingeniería, controles administrativos y elementos de protección personal, no se estableció un plan de mejora.

MS

VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

5. MEJORAS REPORTADAS POR PROCESO, DERIVADAS DE LA GESTIÓN DEL RIESGO

A la pregunta ¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo? El 87% de los Responsables de Proceso relaciono las mejoras logradas, mientras que el 13% restante NO fue específico. A continuación se relacionan las mejoras relacionadas en las respuestas entregadas por cada uno de los procesos;

PROCESO DOCENCIA:

- Software Educación Médica
- Plataformas virtuales para ampliar oferta educación continua a red hospitalaria
- Adquisición licencia que permitirá unificar y registrar en una base de datos toda la información de la producción científica del Hospital Universitario de la Samaritana
- Adquisición de programa de laboratorio de simulación quirúrgica

PROCESO ESTERILIZACIÓN:

- Compra de esterilizadores de vapor saturado mejorando tiempo de respuesta de entrega de material estéril
- Tecnología vanguardista

PROCESO FACTURACIÓN Y RECAUDO:

- Involucrar a las áreas asistenciales en el tema de facturación
- Anulación de facturas
- Importancia de registros clínicos
- Ingresos abiertos
- Importancia de contar con soportes de resultados de ayudas diagnósticas a tiempo para radicar la facturas

PROCESO GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

- Elaboración del proceso de subvenciones para el ingreso de donaciones
- Modificación del ingreso de activos fijos mejoro la adherencia de las demás áreas para minimizar los riesgos
- Se ha logrado efectividad en el desarrollo de los procesos de contratación

PROCESO GESTIÓN DE LA CALIDAD

- Parametrización de indicadores
- Registro de datos
- Análisis para la toma de decisiones

PROCESO GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

- Desarrollo de aplicativos
- Implementación de herramientas de monitores entre otras

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

- No se han presentado reclamos en liquidación de nómina
- La administración de las historias laborales tienen un proceso definido con asignación de responsables para su manejo y custodia

non



**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

- Controlar el flujo de manejo de tesorería
- Guardar el equilibrio presupuestal

PROCESO GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

- Ajuste del Sistema de Calidad del proceso
- Ajuste de indicadores
- Seguimiento específico y oportuno a indicadores y toma de decisiones para ajuste del proceso
- Actualización periódica del Normograma
- Mantenimiento más efectivo de equipos y redes hospitalarias
- Se tiene mayor control y seguimiento al proceso

PROCESO HOTELERIA HOSPITALARIA

- Se ha mejorado la adherencia a procedimientos de aseo y desinfección, lavandería y residuos
- En el presente año no se han presentado fugas en hospitalización
- Se ha mejorado el % de adherencia de funcionamiento del servicio de alimentos, entre otros

PROCESO ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA

- Identificación de nuevos riesgos del proceso
- Controlar los riesgos evidenciado en el seguimiento trimestral

PROCESO GESTIÓN JURÍDICA

- Reducción de la zona de riesgo de ALTA a MODERADA y EXTREMA a MODERADA

PROCESO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

- Respuesta más oportuna, optimizando tiempo
- Fortalecimiento en conocimiento de las plataformas DUES y SIRC para la presentación de informes de capacidad instalada y códigos para asegurar el pago respectivo de las atenciones generadas en la UCI y cuidados intermedios
- Fortalecimiento de comunicaciones en las demás sedes

PROCESO ATENCIÓN FARMACÉUTICA

- Identificación de puntos críticos y de control en los procesos
- Recapacitación al personal del servicio antiguo y nuevo

PROCESO ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO

- Mejorar tiempos de atención la hora programada
- Mantenimiento de la mejor oportunidad del mercado comparado en el observatorio de calidad

PROCESO ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO

- Actualización de la historia clínica
- Controles en la prevención de la materialización de los riesgos identificados

PROCESO ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO

- Aplicar lista de chequeo a todos los procedimientos que van a ser programados con un día de anterioridad
- Validar la disponibilidad del talento humano, equipos e insumos requeridos para la realización del procedimiento quirúrgico

com

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

PROCESO URGENCIAS

- Actualización de la Matriz
- Seguimiento trimestral de controles por grupo definido
- Incorporación de otras partes interesadas progresivamente

PROCESO BANCO DE SANGRE

- Telemetría
- Nuevos equipos; neveras, ultra congeladores
- Para el procesamiento de inmunoserología se realizó cambio de tecnología, equipo mas sensible y mayor actualización, equipo ALINITY

PROCESO DESARROLLO DE SERVICIOS

- Cumplimiento de la norma
- Mantenimiento de las condiciones de habilitación
- Mejora de la oferta de servicio

6. RIESGO Y SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES ESTABLECIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONALES 2021

6.1. SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS

La Planeación Institucional hace uso de los procesos **estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación** para desarrollarla, por lo tanto la Administración del riesgo no puede verse de forma separada, motivo por el cual en el presente informe se verifican los riesgos desde cada uno de los procesos:

Procesos Estratégicos

En la Matriz de Riesgos Institucionales vigencia 2021, se evidencian **31 riesgos** de los procesos estratégicos, al proceso de Direccionamiento estratégico pertenecen **16**, al proceso de Gestión de la calidad pertenecen **9** y al proceso de Desarrollo de servicios pertenecen **6**.

Todos los riesgos verificados cuentan con causa raíz y causa, 28 riesgos contienen una causa y 3 contienen dos causas.

En la clasificación del riesgo (columna I de la Matriz de Riesgos Institucionales) establecido en la Matriz de Riesgos Institucionales 2021, los procesos estratégicos 28 riesgos se registran como **ejecución y administración** de procesos, 1 clasificado como en **fallas tecnológicas** y 2 clasificados como **usuarios, productos y prácticas**.

En cuanto a los factores de riesgos, (columna J Matriz de Riesgos Institucionales) en la matriz se verificaron 26 riesgos de tipo proceso **y/o procesos**, 2 riesgos con tipo de riesgo: sistema de

mm

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

administración del riesgo y lavado de activos y financiamiento del terrorismo - SARLAFT y de tipo de riesgo **Talento Humano** 3 riesgos de los procesos estratégicos.

El promedio de exposición al riesgo asociado a los procesos o actividades, es decir el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de un año, la frecuencia de la actividad¹ (columna J Matriz de Riesgos Institucionales), en promedio para los procesos estratégicos la frecuencia es de 203 veces que pasa por el punto de riesgo; en rangos desde 2 (Riesgo: Posibilidad de Publicación de Información Confidencial del Hospital debido a falta de definición de la información confidencial) hasta 3260 veces que pasa por el punto de riesgo (Riesgo: Posibilidad de Fuga de información con alto impacto institucional relacionada con las novedades de seguridad).

La afectación económica en promedio de los riesgos (31) de los procesos estratégicos es de 190 SMMLV (columna N Matriz de Riesgos Institucionales), no se evidencia en lo verificado el análisis para el establecimiento de la consecuencia en SMMLV por cada riesgo.

La zona de riesgo inherente (columna Q de la Matriz de Riesgos Institucionales 2021) de los riesgos de los procesos estratégicos registrados en la Matriz de Riesgos Institucionales 2021 están en zona EXTREMA 2 riesgos (Posibilidad de que el presupuesto del proyecto en específico, no relaciona los precios ICCU, cuando es necesaria la contratación de un tercero para realizar estudios o diseños técnicos, Posibilidad que no se cuente con los recursos económicos necesarios para la ejecución del proyecto debido a la falta de presupuesto) en zona ALTA en 9 riesgos, en zona MODERADA en 18 riesgos, en zona BAJA 2 riesgos.

Verificados los riesgos establecidos en los procesos estratégicos, al observar las causas de cada uno de los riesgos, entre las que figuran: No Adherencia al procedimiento, Descuido Involuntario, Desconocimiento de la información, Ineficiencia del Recurso Humano, Falta de adherencia al procedimiento, manuales del equipo incompletos y sin mucha información, Incumplimiento a cronogramas, entre otras; tienen la característica especial de ser de apoyo a la gestión para un total de 19 riesgos, de evaluación 1 riesgo, misional 1 riesgos y 10 riesgos estratégicos.

Procesos de Apoyo

En la Matriz de Riesgos Institucionales 2021 se evidencian 62 riesgos de los procesos de apoyo pertenecen al proceso de Facturación y recaudo 13 riesgos, Gestión Financiera 14 riesgos, gestión de bienes y servicios 8 riesgos, gestión biotecnología 7 riesgos, hotelería hospitalaria 6 riesgos, gestión de talento humano y gestión jurídica cada uno con 4 riesgos, de gestión de la infraestructura 3 riesgos, gestión de la información 2 riesgos y esterilización 1 riesgo.

Todos los riesgos verificados de los procesos de apoyo cuentan con causa raíz y causa, 55 riesgos cuentan con una causa, 6 riesgos contienen dos causas y 1 contienen tres causas.

¹ Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas- Departamento Administrativo de la Función pública - versión 5

mer

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

En la clasificación del riesgo (columna I de la Matriz de Riesgos Institucionales) establecido en la Matriz de Riesgos Institucionales 2021, los procesos de apoyo 48 se registran como **ejecución y administración** de procesos, 6 riesgos clasificados como en **fallas tecnológicas**, 1 riesgo clasificado en **Fraude externo**, 1 riesgo clasificado en fraude interno, y 6 riesgos clasificados como **usuarios, productos y prácticas**.

En cuanto a los factores de riesgos, (columna J Matriz de Riesgos Institucionales) de los procesos de apoyo en la Matriz de Riesgos Institucionales se verificaron 42 riesgos de tipo **proceso y/o procesos**, 3 riesgos con tipo de riesgo: sistema de administración del riesgo y lavado de activos y financiamiento del terrorismo - **SARLAFT**, de tipo de riesgo **Talento Humano** 8 riesgos, de tipo **Tecnología** 7 riesgos, de tipo **infraestructura** 1 riesgo y 1 riesgo de **evento externo** de los procesos de apoyo.

El promedio de exposición al riesgo asociado a los procesos o actividades, es decir el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en un periodo de un año, la frecuencia de la actividad² (columna J Matriz de Riesgos Institucionales), para los procesos de apoyo dentro del rango inferior a 100, se observan 24 riesgos con un promedio de 19 veces que pasa por el punto de riesgo; dentro de los rangos 101 hasta 999 hay 24 riesgos y en promedio 372 veces pasa por el punto de riesgo; del rango 1000 hasta 9999 se observan 9 el riesgos con promedio 3889 veces pasa por el punto de riesgo; del rango 18000 hasta 50000 hay 3 riesgos con un promedio de 34000 veces que pasa por el punto de riesgo y con 169000 veces que pasa por el punto de riesgo del proceso de facturación y recaudo está el riesgo 'Posibilidad de Inoportunidad registro y/o respuesta de La glosa y/o devoluciones según tiempos normativos definidos'.

La afectación económica en promedio de los riesgos (62) de los procesos de apoyo es de 1093 SMMLV (columna N Matriz de Riesgos Institucionales), no se evidencia en lo verificado el análisis, estudio y/o parámetros para el establecimiento de la consecuencia económica en SMMLV por cada riesgo.

La zona de riesgo inherente (columna Q de la Matriz de Riesgos Institucionales 2021) de los riesgos de los procesos de apoyo inscritos en la Matriz de Riesgos Institucionales 2021 luego de aplicada la medición de la metodología adoptada están: en zona EXTREMA 7 riesgos de los proceso de facturación y recaudo (6) y de gestión financiera (1); en zona ALTA se reconocen 21 riesgos de los procesos de Gestión jurídica (1), Gestión del Talento humano (1), facturación y recaudo (4), gestión de bienes y servicios (3), gestión financiera (10), hotelería hospitalaria (2); en zona MODERADA en 29 riesgos de los procesos de apoyo de Gestión jurídica (3), Hotelería hospitalaria (4), gestión de la información (2), gestión financiera (3), Talento Humano (2), Gestión tecnología biomédica (7), gestión de la infraestructura (1), gestión de bienes y servicios (5), facturación y recaudo (1) y esterilización (1);

² Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas- Departamento Administrativo de la Función pública - versión 5

Q1001

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

en zona BAJA se registran 5 riesgos de los procesos de apoyo de facturación y recaudo (2), gestión de la infraestructura (2) y gestión del talento humano (1).

Verificados los riesgos establecidos en los procesos de apoyo al observar cada uno de los riesgos, pertenecen todos a los procesos de apoyo, excepto el riesgo 'Posibilidad de Infecciones asociadas a la limpieza y desinfección' que tiene carácter misional.

Del proceso de gestión tecnología biomédica el riesgo 'Posibilidad de direccionar marcas y/o laboratorios en el momento de las convocatorias sin la justificación técnica o el previo soporte técnico con el fin de obtener contra prestaciones para los funcionarios' se verifica doble vez con la misma causa, causa raíz, clasificación, factor de riesgo, en cuanto a la zona del riesgo inherente aun cuando se encuentra en zona MODERADA, la probabilidad inherente dos valores porcentuales, lo mismo se presenta en la frecuencia de la actividad del riesgo.

Procesos Misionales

En la Matriz de Riesgos Institucionales 2021 se evidencian 54 riesgos de los procesos Misionales, pertenecen al proceso de apoyo diagnóstico 5, al proceso de atención al paciente de urgencias 7, al proceso de atención al usuario y su familia 7, al proceso atención farmacéutica 3, proceso atención al paciente ambulatorio 6, proceso atención al paciente hospitalizado 8, proceso de atención al paciente quirúrgico 1, banco de sangre 3, proceso docencia 7, proceso imágenes diagnósticas 2, proceso de investigación 2, proceso de referencia y contra referencia 3.

Todos los riesgos verificados cuentan con causa raíz y causa, y/o causas:

- Definida la causa como circunstancia y/o situación más evidente sobre el cual se presenta un riesgo (no constituyen una causa principal o base para que se presente el riesgo)³ en 49 de los riesgos de los procesos misionales contienen una causa; definida la causa raíz como la causa principal o básica, corresponden a las razones por las cuales se puede presentar el riesgo y base para la definición de los controles, en 8 de los riesgos de los procesos misionales se registran múltiples causas raíces, algunos de estos son: 'Posibilidad de Complicaciones quirúrgicas inmediatas (24 horas)', 'Posibilidad de Enterocolitis Necrosante - Neonatos debido a mal formaciones congénitas', 'Posibilidad de Displasia Broncopulmonar - Neonatos debido a paciente prematuro', 'Posibilidad de aumento de la inoportunidad en la atención al paciente debido a factores institucionales'.
- Con dos causas se reconocen en la matriz 3 riesgos.
- Y con tres causas se reconocen 2 riesgos, uno de estos riesgos (Posibilidad de aumento de la Cancelación de consulta y procedimientos por causa institucional) contienen dos causas raíz.

En cuanto a la clasificación del riesgo (columna I de la Matriz de Riesgos Institucionales) establecidos en la Matriz de Riesgos Institucionales 2021, los procesos misionales 39 riesgos reconocidos como de clasificación **ejecución y administración de proceso**, clasificado como de **fallas tecnológicas** 1

³ Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas- Departamento Administrativo de la Función pública - versión 5

non

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

riesgo, clasificados como **usuarios, productos y prácticas** 13 riesgos y dentro de la clasificación **asociado a varios factores** se presenta 1 riesgo.

En cuanto a los factores de riesgos, (columna J Matriz de Riesgos Institucionales) en la matriz se verificaron 46 riesgos de tipo **proceso y/o procesos**, de tipo de riesgo **Talento Humano** 10 riesgos, de **tecnología** 1 riesgo y **asociado a varios factores** se observa 1 riesgo.

El promedio de exposición al riesgo asociado a los procesos o actividades, es decir el número de veces que se pasa por el punto de riesgo en el periodo de un año, la frecuencia de la actividad⁴ (columna J Matriz de Riesgos Institucionales), para los procesos misionales la frecuencia dentro de un rango inferior a 100 veces que pasa por el punto de riesgo se registran 21 riesgos con un promedio de 23 veces que pasa por el punto de riesgo; en el rango de 101 hasta 999 se evidencian 22 riesgos con promedio de 349 veces que pasa por el punto de riesgo, dentro del rango 1000 hasta 9999 se observan 9 riesgos con promedio de 4326 veces que pasa por el punto de riesgo, con 12000 veces que para por el punto de riesgo está la 'Posibilidad de inoportunidad de la atención del paciente en el servicio de urgencias debido a las demoras de las interconsultas solicitadas' y con 950000 veces que pasan por el punto de riesgo está la 'Posibilidad de dispensar erróneamente la fórmula médica'.

La afectación económica en promedio de los riesgos (54) de los procesos misionales es de 32 SMMLV ((columna N Matriz de Riesgos Institucionales), no se evidencia en lo verificado el análisis y/o criterios – parámetros para el establecimiento de los SMMLV por cada riesgo.

La zona de riesgo inherente (columna Q de la Matriz de Riesgos Institucionales 2021) de los riesgos de los procesos misionales registrados en la Matriz de Riesgos Institucionales 2021 están en zona ALTA en 9 riesgos de los procesos misionales, en zona MODERADA 41 riesgos y en zona BAJA 4 riesgos de los procesos misionales.

Verificados los riesgos establecidos en los procesos misionales, al observar la(s) causa(s), la(s) causa(s) raíz de cada uno de los riesgos, en 17 de estos riesgos evidencia una particularidad especial: Son relacionados con la salud del paciente, por lo que se acordó conocer, ilustramos y plasmar en el presente informe lo correspondiente al riesgo en salud:

- ✓ Un Factor de Riesgo⁵ es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona de los o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido, sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud.
- ✓ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS, el factor de riesgo es cualquier situación que sugiera que una persona pudiese incrementar su **posibilidad de sufrir algún daño**, bien sea como consecuencia de alguna enfermedad o por algún daño físico que genere

⁴ Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas- Departamento Administrativo de la Función pública - versión 5

⁵ Qué es un factor de riesgo? Es una situación que incrementa la probabilidad de que una situación peligrosa se vuelva una realidad tangible, en la que se tomará en cuenta el porcentaje de incidencia del mismo.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

- ✓ una lesión; por lo que su concepto está enfocado hacia el estado de salud de un individuo y la atención sanitaria; es decir, que en este caso el peligro tiene prioridad en la atención primaria de salud.
- ✓ Para el Diccionario de la Real Academia Española - RAE, el concepto de riesgo está dirigido a la contingencia o proximidad de que se ocasione un daño, tanto a un ser vivo, como a un espacio; y también se refiere a toda aquella contingencia que puede ser objeto de un contrato de seguros. Su etimología proviene del latín "resicare", cortar; sin embargo hacia 2001 y 2007, incluyen el vocablo italiano "risico" o "rischio", el cual proviene del árabe clásico "risk", que significa "lo que depara la providencia", en el sentido de algo que pudiese acontecer.

Con lo anterior y analizados los riesgos misionales de la Matriz de Riesgos Institucionales 2021 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, 17 de estos riesgos misionales se ajustan y están dentro de la definición de la OMS, y que se mencionan:

- Posibilidad de Displasia Broncopulmonar - Neonatos debido a paciente prematuro.
- Posibilidad de Enterocolitis Necrosante - Neonatos debido a mal formaciones congénitas.
- Posibilidad de crisis convulsiva en paciente hospitalizado-neurocirugía debido a factores de riesgo sin manejo instaurado.
- Posibilidad de enfermedad Tromboembolica en paciente con riesgo detectado.
- Posibilidad de Inoportunidad en la detección de trauma cervical en paciente de neurocirugía.
- Posibilidad de Ulcera digestiva por estrés en paciente con riesgo detectado.
- Posibilidad de complicaciones en el parto o puerperio por condiciones biopsicosociales.
- Posibilidad que el paciente hospitalizado en el Servicio de Urgencias presente Delirium debido a estrés del paciente.
- Posibilidad que el paciente hospitalizado en el Servicio de Urgencias presente ideas / intento suicida debido a la falta de identificación de patología mental.
- Posibilidad que el paciente hospitalizado en el Servicio de Urgencias presente Trombosis venosa profunda debido a la no formulación de trombo profilaxis.
- posibilidad que el paciente hospitalizado en el Servicio de Urgencias presente Sangrado gástrico debido a la no formulación de Gastroprotección.
- Posibilidad de no realizar de manera.
- oportunidad el diagnostico de Muerte encefálica, posibilidad de no realizar el mantenimiento de potencial donante debido a la inoportunidad en el diagnóstico.
- Posibilidad de tener como resultado un evento adverso o un incidente que afecte la seguridad clínica de un paciente.
- Posibilidad de complicación en el paciente durante un procedimiento intervencionista.
- Posibilidad de Extravasación de medio de contraste.
- Posibilidad de Omisión reporte sintomatología respiratoria de los pacientes que remiten al HUS debido a falta en el registro del paciente
- Posibilidad de complicación en el paciente durante un procedimiento intervencionista.

non

VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

6.2. ACTIVIDADES DE CONTROL⁶

La Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas- Departamento Administrativo de la Función pública - versión 5 ha definido el control como una medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Identificados y comprobados los controles a cada riesgo de la Matriz de Riesgos Institucionales 2021, se evidencia que todos los riesgos cuentan con control y/o controles como mínimo un control por cada riesgo y hasta 10 controles por cada riesgo. La sumatoria de los controles en la Matriz de Riesgos Institucionales 2021 es de 227 controles, en promedio 1.6 controles por cada riesgo.

Aplicado lo verificado, se evidencia que cada uno de los controles de los riesgos cuenta con la frecuencia, probabilidad, afectación económica, impacto y zona de riesgo inherente, es decir el proceso para determinar la zona de riesgo inherente se aplicó a todos los controles y no sobre los riesgos, ejemplo: un riesgo que contiene 10 controles se aplicó el proceso sobre los 10 controles.

En la estructura para la descripción del control se verificó en cada uno de los controles si cumplen con lo establecido en la metodología adoptada por la entidad establecida por DAFP se encontró:

- ❖ Responsable de ejecutar el control: los controles de los riesgos registrados en la Matriz de Riesgos Institucionales en el 89.4% cuentan con un y/o unos servidores públicos responsables de ejecutar el control, el 10.6% restantes no cuentan con responsable.
- ❖ Acción: Las acciones de los controles determinada mediante verbos verificar acción que se presenta en 124 controles de los riesgos de la matriz; realizar acciones en 39 controles, la acción de revisar en 19 controles; validar, aclarar, supervisar, asegurar, capacitar, comparar, conciliar, elaborar, detectar, ejecutar, garantizar, monitorear, programar solicitar son otras acciones que se registran en los controles de la matriz de riesgos instituciones 2021. De la misma se observa la realización de dos acciones en el mismo control.
- ❖ Complemento: definido como los detalles que permiten identificar claramente el objeto de control, se evidencia todos los controles de los riesgos de la matriz, en varios de los controles se valida el procedimiento, en otros se cuenta con el diseño de control de la metodología aplicada en la vigencia 2020.

now

⁶ CONTROL: cualquier medida que tome la dirección, el comité directivo y otras partes, para gestionar los riesgos y aumentar la probabilidad de alcanzar los objetivos y metas establecidos. La dirección planifica, organiza, y dirige la realización de las acciones suficientes para proporcionar una seguridad razonable de que se alcanzaran los objetivos y metas.



**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

A continuación se analizan los atributos para el diseño del control, teniendo en cuenta sus características:

CONTROLES Y SUS CARACTERISTICAS					
TIPO	PREVENTIVO	DETECTIVO	CORRECTIVO	TOTAL	
	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	PORCENTAJE
	195	26	6	227	
IMPLEMENTACION					
Manual	189	22	5	216	95.15%
Automático	6	4	1	11	4.85%
DOCUMENTACION					
Documentado	188	26	6	220	96.92%
Sin documentar	7			7	3.08%
FRECUENCIA					
Continua	185	25	6	216	95.15%
Aleatoria	10	1		11	4.85%
EVIDENCIA					
Con registro	191	25	6	222	97.80%
Sin registro	4	1		5	2.20%

Fuente: Matriz de Riesgos Institucionales 2021

ATRIBUTOS DE EFICIENCIA

De la tipología de controles e implementación:

- **Control Preventivo:** Accionado en la entrada del proceso y va hacia la causa del riesgo; registrado en 195 controles de los riesgos de la matriz de los cuales el 96.92% es implementado de forma MANUAL - Ejecutado por personas y el 3.08% es AUTOMÁTICO – Ejecutado por un sistema.
- **Control Detectivos:** Accionado durante la ejecución del proceso, detentan que algo ocurre y generan reprocesos y devuelven a los controles preventivos, en la matriz de riesgos institucional 2021, 26 son controles Detectivos e implementados MANUALMENTE el 84.62% (22 controles) y de forma AUTOMÁTICA el 15.38% (4 controles).
- **Control Correctivo:** Accionado en la salida del proceso y después de que se materializo el riesgo, permite reducir el impacto de la materialización del riesgo, por lo que se infiere que en 6 controles de cuatro riesgos de la matriz institucional, implementados de forma manual el 83.3% (5 controles) y de forma automática el 16.7%, se materializaron. Realizado el cotejo de los riesgos que contienen controles correctivos con lo manifestado por cada uno de los líderes de proceso en cuanto a los riesgos materializados se observó que dos de los riesgos ('Posibilidad de generar indisponibilidad temporal de productos farmacéuticos' y 'Posibilidad de aumento de la Inasistencia a cita o, a procedimiento de apoyo diagnóstico o terapéutico programado en Consulta Externa debido a diferentes causas que se le puedan

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

presentar al paciente') de los proceso de atención Farmacéutica y Atención al paciente Ambulatorio contienen controles correctivos.

ATRIBUTOS INFORMATIVOS⁷

Documentación: De los controles establecidos en los riesgos de la Matriz de Riesgos Institucionales 2021, el 96.92% (220) de los controles se encuentra DOCUMENTADO en manuales, procedimientos, formatos u otros documentos anexos y cuentan con la evidencia en el Sistema de Gestión Integral – ALMERA de cada uno de los procesos, ninguno de los controles a estos riesgos se encuentra documentado con flujogramas. El 3.08% de los controles (7) se encuentra SIN DOCUMENTAR.

Frecuencia: El resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente, según lo establece la Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - DAFP - versión 5, (página 49- e imagen a continuación) para establecer el riesgo residual, en 216 controles CONTINUA el control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo y en 11 controles es ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo.

Evidencia: Cuenta con dos estados, el primero SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control se observa en el 2.20% (5) de los controles y el 97.80% de los controles (222) cuenta con REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control. Aplicada de herramienta⁸ de controles para establecer el riesgo residual, conforme a la metodología adoptada por la E.S.E. se obtiene el riesgo residual para cada uno de los riesgos de la Matriz de Institucional 2021.

2021

⁷ Los atributos informativos permiten darle la formalidad al control y conocer el entorno del control.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

Recordando que aplicado lo verificado cada uno de los controles de los riesgos cuenta con la frecuencia, probabilidad, afectación económica, impacto y zona de riesgo inherente, es decir el proceso para determinar la zona de riesgo inherente se aplicó a todos los controles y no sobre los riesgos, ejemplo: un riesgo que contiene 10 controles se aplicó el proceso sobre los 10 controles. Y que promedio de controles por cada uno de los riesgos es de 1.6 controles Los cambios y/o reformas generadas después de aplicados los controles para cada uno de los riesgos son:

- ❖ De los **9** riesgos de los procesos de apoyo ubicados en zona de riesgo inherente EXTREMA aplicados los controles de tipo preventivo continúan en zona EXTREMA. Por lo que los controles no han sido eficientes.
- ❖ De **39** riesgos que contienen **63** controles ubicados en zona inherente ALTA aplicados los controles a los riesgos
 - Continúan en zona ALTA 32 controles (preventivos 27 y detectivos 5).
 - Pasan a zona MODERADA 26 controles (preventivos 17, correctivo 3, detectivo 6).
 - Pasan a zona BAJA 5 (preventivo 4, detectivo 1).
- ❖ De los **88** riesgos que contienen 133 controles ubicados en zona inherente MODERADA aplicados los controles a cada uno de ellos:
 - Continúan en zona MODERADA 102 controles (preventivo 90, detectivo 9, correctivo 3)
 - Pasan a zona baja 31 (preventivos 27, detectivo4).

Para mayor claridad, en la tabla 8 se da continuación al ejemplo propuesto, donde se observan los cálculos requeridos para la aplicación de los controles.

Tabla 8 Aplicación de controles para establecer el riesgo residual

Riesgo	Datos relacionados con la probabilidad e impacto inherentes		Datos valoración de controles		Cálculos requeridos
	Probabilidad Inherente		Valoración control 1 preventivo		
Posibilidad de pérdida económica por multa y sanción del ente regulador debido a la adquisición de bienes y servicios sin el cumplimiento de los requisitos normativos.	60%		40%		$60\% * 40\% = 24\%$ $60\% - 24\% = 36\%$
	Valor probabilidad para aplicar 2º control	36%	Valoración control 2 detectivo	30%	$36\% * 30\% = 10,8\%$ $36\% - 10,8\% = 25,2\%$
	Probabilidad Residual	25,2 %			
	Impacto Inherente	80%			
	No se llenan controles para aplicar al impacto	N/A	N/A	N/A	N/A
	Impacto Residual	80%			

Fuente: Adaptado del Curso Riesgo Operativo Universidad del Rosario por la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional de Función Pública, 2020.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

- ❖ De los 11 riesgos que contienen 18 controles ubicados en zona inherente BAJA aplicados los controles contenidos en cada uno de ellos (preventivo 17, detectivo 1) todos continúan en zona de riesgo residual baja.

Con base en el seguimiento realizado a la matriz de riesgos institucionales 2021 se evidencio que los 146 riesgos identificados en la matriz tienen controles establecidos. De los cuales 196 son preventivos, 26 detectivos y 6 correctivos; su evaluación se realizó a cada uno de ellos.

En la valoración de los controles se observó que los riesgos ubicados en zona inherente EXTREMA aun cuando se aplicaron los controles continúan en zona de riesgo residual en zona EXTREMA. Los riesgos ubicados en zona inherente ALTA y MODERADA presentaron cambios después de aplicados cada uno de los controles y los ubicados en zona inherente BAJA aplicados los controles continúan en zona residual BAJA.

RIESGO INHERENTE	RIESGO RESIDUAL	RIESGO INHERENTE = RIESGO RESIDUAL (Número de riesgos)	RIESGO INHERENTE - RIESGO RESIDUAL (Número de riesgos)
EXTREMA	EXTREMA	9	
ALTA	ALTA	17	
MODERADA	MODERADA	66	
BAJA	BAJA	8	
MODERADA - BAJO	MODERADO - BAJO	1	
MODERADO	MODERADA - BAJO	4	
ALTA	MODERADA		14
MODERADA	BAJA		7
ALTA	MODERADA BAJA		2
ALTA	ALTA - MODERADA		2
MODERADA - ALTA	MODERADA		2
MODERADA - BAJA	BAJA		3
ALTA - MODERADA	ALTA - BAJO		1
MODERADA	MODERADA - BAJA		8
MODERADA - BAJO	BAJO - MODERADO		2

Fuente: Matriz de riesgos Institucional 2021

men

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

Establecido la zona de riesgo Inherente y zona de Riesgo Residual luego de aplicados los controles, para la Matriz de Riesgos Institucionales 2021 y aplicada la fórmula⁹ establecida en la metodología se concluye:

- Conocido el Riesgo Inherente y aplicados los controles a cada uno de los riesgos de la Matriz Institucional 2021, se construyó la zona de Riesgo Residual de cada riesgo, con lo cual se puede afirmar que cuarenta y un (41) Riesgos, luego de aplicados los controles presentan cambios, como se observa en la tabla, es decir que el 28.08% de estos controles son eficientes.
- Del total de ciento cinco (105) riesgos de la Matriz Institucional, es decir el 71.92% de los riesgos, luego de aplicados los controles, no presentan ningún movimiento, por lo que la zona de Riesgos Inherentes es igual a la zona de Riesgo Residual, es decir que aplicados los controles a estos riesgos no manifiestan eficiencia en estos controles.

PROCESO	RIESGO	¿El riesgo se ha materializado? SI/NO	El riesgo cuenta con Controles correctivos	OBSERVACIÓN
Atención Farmacéutica	Posibilidad de dispensar erróneamente la fórmula médica	SI	NO	
	Posibilidad de generar indisponibilidad temporal de productos farmacéuticos	SI	SI	Cuenta con 10 controles, tres (3) Correctivos.
Atención al paciente hospitalizado	Crisis convulsiva en paciente hospitalizado-neurocirugía	SI	NO	
Atención al paciente Ambulatorio	Posibilidad de aumento de la Inasistencia a cita o, a procedimiento de apoyo diagnóstico o terapéutico programado en Consulta Externa	SI	SI	cuenta con 2 controles, un (1) correctivo
Facturación y Recaudo	Posibilidad de Subfacturación o sobrefacturación	SI	NO	
	Posibilidad de Existencia de Ingresos abiertos en el sistema	SI	NO	
	Posibilidad de inoportunidad en la radicación de facturas	SI	NO	
	Posibilidad de pérdida de Información o documentación	SI	NO	
Gestión financiera	Posibilidad de Pago inoportuno de las obligaciones con terceros debido a la disminución en el flujo de caja	SI	NO	

⁹ Eficiencia del Control es la diferencia entre riesgo Inherente y riesgo Residual

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

PROCESO	RIESGO	¿El riesgo se ha materializado? SI/NO	El riesgo cuenta con Controles correctivos	OBSERVACIÓN
Imágenes Diagnósticas	Posibilidad de Extravasación de medio de contraste	SI	NO	
Gestión de la infraestructura	Posibilidad de Inoportunidad en la respuesta al mantenimiento	SI	NO	
Gestión del talento humano	Posibilidad de que un funcionario y/o colaborador de la institución resulte contagiado en el ejercicio de sus funciones por Covid 19	SI	NO	
ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA	Probabilidad de no formulación ni o ejecución planes de mejora asociados a PQRSD críticas o reiteradas por la misma causa.	NO	SI	Contiene un (1) control correctivo

Fuente: Matriz Institucional de riesgos 2021

Realizada la comparación de los riesgos materializados en el Monitoreo efectuado por la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad a la Matriz de Riesgos Institucionales 2021, frente a los riesgos que contienen controles correctivos, se observa que dos (2) riesgos de los materializados contienen controles correctivos; 'Posibilidad de generar indisponibilidad temporal de productos farmacéuticos' cuenta con tres (3) controles correctivos y 'Posibilidad de aumento de la Inasistencia a cita o, a procedimiento de apoyo diagnóstico o terapéutico programado en Consulta Externa' con dos (2) controles correctivos. El riesgo 'Probabilidad de no formulación ni o ejecución planes de mejora asociados a PQRSD críticas o reiteradas por la misma causa', contiene un (1) control correctivo, riesgo que en el monitoreo no se registra materializado.

CRONOGRAMA PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA Y SUS SEDES DE ZIPAQUIRA (HOSPITAL REGIONAL DE ZIPAQUIRA – UNIDAD FUNCIONAL DE ZIPAQUIRA) - 2021

De acuerdo al Programa de Gestión y administración del Riesgo identificado con código 01GC04-V6 Aprobado en Marzo 20 de 2020 en su numeral 7, Cronograma entregado por la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad, se puede observar con corte a tercer trimestre de 2021 las siguientes Líneas Estratégicas presenta una ejecución: Línea Estratégicas tres (3) con un porcentaje de ejecución del 16.7%, Línea estratégica seis (6) con un porcentaje del 45% y Línea estratégica siete (7) sin ejecución, también se evidencia que la línea estratégica cinco (5) presenta un 900% de ejecución, indicador que no tiene valides, ya que estos indicadores deben ser iguales o inferiores al 100%, en cuanto a la Línea uno (1) esta se encuentra con una ejecución del 100%. Siendo en promedio una el 53.8% de ejecución del Cronograma.

may

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

		LÍNEAS ESTRATÉGICAS		
		PLANEADO	EJECUTADO	%
LÍNEA 1	Alinear el Contexto Interno y Externo de la Institución con el alcance del Sistema de Gestión del Riesgo	1	1	100,0%
LÍNEA 2	Identificar, valorar y priorizar los riesgos institucionales y por proceso, en cada una de las Unidades funcionales de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana (HUS).	36	20	55,6%
LÍNEA 3	Gestionar y administrar el riesgo en cada uno de los procesos y unidades funcionales de la ESE Hospital Universitario de La Samaritana (HUS).	6	1	16,7%
LÍNEA 4	Realizar seguimientos periódicos a los controles establecidos por el Hospital.	5	3	60,0%
LÍNEA 5	Gestionar los riesgos de forma integral (Emergencias y Desastres, Seguridad y Salud en el Trabajo, Jurídicos, Ambientales, SARLAFT, Seguridad del Paciente, entre otros) a uno institucional que dé respuesta a las necesidades del Hospital.	1	9	900,0%
LÍNEA 6	Fomentar la cultura de gestión del riesgo.	20	9	45,0%
LÍNEA 7	Fortalecer la Gestión Integral del Riesgo en Salud	1	0	0,0%
		70	43	

FUENTE: Cronograma para la ejecución del programa - 05GC49-V1

7. DOCUMENTOS PRESENTADOS COMO RESPUESTAS A PREINFORME

En cierre de la presente Auditoria la Dirección Científica presenta soportes a las recomendaciones generadas en el Pre informe de la Auditoría de GESTIÓN DE RIESGOS DE PROCESOS, de los siguientes literales;

Literal g. Presenta soporte del Proceso de Docencia; Captura de pantalla de la ficha técnica de la Matriz de Riesgo de Docencia, no se presentó acta de reunión para revisión de riesgos con la Oficina Asesora de Planeación y garantía de la Calidad.

Literal i. Presenta soporte del Proceso de Banco de Sangre; PDF de la Resolución 453 de 2021 por medio de la cual se realiza la adjudicación del contrato para la ADQUISICION, INSTALACION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE 27 EQUIPOS PARA LA CADENA EN FRIO, Convocatoria Pública No.14 de 2021.

nom

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

Literal i. Presenta soporte del Proceso de Esterilización; PDF de acta de entrega de autoclave, relación de inventarios, relación de faltantes de Inventarios y Solicitud puntos de red.

Literal K. Presenta soporte del Proceso de Apoyo Diagnóstico; Requerimiento de tecnología complementaria implementación telemetría, adquisición de neveras y curso virtual de toma de muestras.

Literal I. Presenta soporte del Proceso de Banco de Sangre; Informe Referenciación, acta reunión, practicas exitosas y radicación referenciación, faltando el radicado del informe de la referenciación a la Oficina de Planeación.

Literal I. Presenta soporte del Proceso de Atención al paciente Quirúrgico; Informe Referenciación, y radicación referenciación, faltando el radicado del informe de la referenciación a la Oficina de Planeación.

8. CONCLUSIONES

Los riesgos que se encuentran registrados y publicados en la Matriz de Riesgos Institucionales, vigencia 2021, En promedio el 14% de los riesgos, algunos de los responsables de los procesos respondieron en las encuestas que NO pertenecen y/o NO siguen siendo un riesgo de su proceso, es decir que el 86% manifestaron que los riesgos se encuentran descritos de manera adecuada a cada uno de los procesos aquí auditados.

En la Matriz de Riesgos Institucionales 2021 se evidencian 31 riesgos de los Procesos Estratégicos: pertenecen al proceso de Direccionamiento Estratégico 16, al proceso de Gestión de la Calidad 9 y al proceso de Desarrollo de Servicios 6.

Todos los riesgos verificados cuentan con causa raíz y causa, 28 riesgos contienen una causa y 3 contienen dos causas. Verificados los riesgos establecidos en los procesos estratégicos, al observar las causas de cada uno de los riesgos, entre las que figuran: No Adherencia al procedimiento, Descuido Involuntario, Desconocimiento de la información, Ineficiencia del Recurso Humano, Falta de adherencia al procedimiento, manuales del equipo incompletos y sin mucha información, Incumplimiento a cronogramas, entre otras; tienen la característica especial de ser de apoyo a la gestión para un total de 19 riesgos; Evaluación 1 riesgo, Misional 1 riesgo y Estratégicos 10 riesgos.

OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

La Matriz de Riesgos Institucional 2021 contiene 54 riesgos de los Procesos Misionales verificados cada uno de ellos, 17 de estos riesgos según la definición de riesgo de la OMS¹⁰ no corresponden a riesgos de gestión Institucional.

Con base en el seguimiento realizado a la Matriz de Riesgos Institucionales 2021 se evidencio que los 146 riesgos identificados en la matriz contienen controles, todos los controles cuentan con los atributos de eficiencia y atributos informativos. De los cuales 196 son preventivos, 26 detectivos y 6 correctivos; la evaluación se realizó a cada uno de ellos.

Se evidencia que cada uno de los controles de los riesgos cuenta con la frecuencia, probabilidad, afectación económica, impacto y zona de riesgo inherente, es decir el proceso para determinar la zona de riesgo inherente se aplicó a todos los controles y no sobre los riesgos, ejemplo: un riesgo que contiene 10 controles se aplicó el proceso sobre los 10 controles.

En la valoración de los controles se observó que los riesgos ubicados en zona inherente EXTREMA aun cuando se aplicaron los controles continúan en zona de riesgo residual en zona EXTREMA. Los riesgos ubicados en zona inherente ALTA y MODERADA presentaron cambios después de aplicados cada uno de los controles y los ubicados en zona inherente BAJA aplicados los controles continúan en zona residual BAJA.

Es necesario fortalecer la Gestión del Riesgo a todos los niveles y realizar un replanteamiento y asesoría a los riesgos institucionales con conocimiento de la entidad y dentro de los criterios establecidos para cada tipo de riesgo.

Generar un buen mecanismo de inducción, capacitación, socialización y promulgación en los niveles operativos, para que de esta forma sea implementada efectivamente la identificación de los riesgos de corrupción y sus causas.

¹⁰ la Organización Mundial de la Salud OMS, el factor de riesgo es cualquier situación que sugiera que una persona pudiese incrementar su **posibilidad de sufrir algún daño**, bien sea como consecuencia de alguna enfermedad o por algún daño físico que genere una lesión; **por lo que su concepto está enfocado hacia el estado de salud de un individuo y la atención sanitaria**; es decir, que en este caso el peligro tiene prioridad en la atención primaria de salud.

ma

PSO

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

9. RECOMENDACIONES

- a. Analizados los riesgos que se materializaron de los Procesos de la Dirección Científica y como causa de materialización fue "CAUSA NO ERA PREVENIBLE", se sugiere evaluar con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad si estos riesgos por esta causa se podrían tipificar como eventos adversos y/o riesgo en salud (Definición OMS). Lo anterior porque de esta manera se aumenta el porcentaje de materialización de los Riesgos de la Matriz Institucional.
- b. La Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad debe actualizar permanentemente la Matriz de Riesgos Institucionales, según monitoreo que realiza trimestralmente, donde se identifican los riesgos materializados.
- c. Se hace necesario que a La Matriz de Riesgos Institucionales de cada vigencia se lleven, luego de un análisis de frecuencia, probabilidad e impacto, los riesgos de mayor relevancia e importancia.
- d. La Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad debe documentar por Acta de Comité Institucional de Gestión y Desempeño los cambios en la Matriz de Riesgos Institucionales.
- e. Presentar trimestralmente en Comité Institucional de Gestión y Desempeño el monitoreo elaborado por la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad a los riesgos, informando la gestión realizada con los que se materializaron.
Presentar los avances del programa derivado de la Política de Gestión del Riesgo de la entidad.
- f. Se sugiere documentar las mejoras derivadas de la Gestión del Riesgo.
- g. Los siguientes procesos; Docencia, Facturación y Recaudo, Gestión Financiera, Atención al paciente Ambulatorio y Urgencias, reportaron uno (1) o más riesgos que NO pertenecen a sus procesos pese que en el momento aparecen a su cargo, deberán reunirse con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad y dejar un acta de revisión y/o ajuste de los mismos.
- h. Los siguientes procesos; Facturación y Recaudo, Gestión de Bienes y Servicios, Gestión Financiera, Referencia y Contrareferencia y Atención al paciente Ambulatorio, reportaron que algunos de los riesgos a su cargo consideran que ya NO lo son para el proceso, por lo que deberán reunirse con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad y dejar en acta solicitud de exclusión de ese o esos riesgos de la Matriz de Riesgos Institucionales.

man

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

- i. Los siguientes procesos; Docencia, Esterilización, Facturación y Recaudo, Gestión de Bienes y Servicios, Gestión de la Calidad, Gestión de la Información, Gestión del Talento humano, Gestión Financiera, Gestión de la Infraestructura, Hotelería Hospitalaria, Imágenes Diagnósticas, Referencia y Contrareferencia, Atención Farmacéutica, Atención al paciente Ambulatorio, Urgencias, Banco de Sangre y Desarrollo de Servicios, consideraron que sus riesgos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología, deben incluir en su PUMP las actividades destinadas a tal fin, enunciar claramente cuál es la tecnología que necesitan y hacer la gestión necesaria para la adquisición, según los procedimientos internos del hospital.
- j. Los siguientes procesos; Docencia, Apoyo Diagnóstico, Esterilización, Facturación y Recaudo, Gestión de la Información, Gestión Financiera, Gestión de la Infraestructura, Hotelería Hospitalaria, Imágenes Diagnósticas, Referencia y Contrareferencia, Atención Farmacéutica y Banco de Sangre, que ya hicieron solicitudes de compra para adquirir tecnología para ayudar a controlar los riesgos de sus procesos, deberán informar a la Oficina Asesora de Control Interno con copia para la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad y a Gerencia, el detalle de la tecnología adquirida y/o el estado del trámite de la adquisición y las mejoras logradas hasta el momento gracias a esa tecnología.
- k. Los siguientes procesos; Apoyo Diagnóstico, Gestión de Tecnología Biomédica e Imágenes Diagnósticas, NO reportaron mejoras derivadas de la Gestión del Riesgo, deberán reportarlas y documentarlas antes de la entrega del Informe Final de Auditoría.
- l. Los siguientes procesos; Facturación y Recaudo, Gestión de Bienes y Servicios, Gestión de la Calidad, Gerencia de la Información, Hotelería Hospitalaria, Referencia y Contrareferencia, Atención Farmacéutica, Atención al paciente Hospitalizado, Atención al paciente Quirúrgico y Banco de Sangre, reportaron haberse referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas, derivadas del manejo de los riesgos, estos deberán allegar copia del informe de referenciación radicado en la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad, según los parámetros internos establecidos, informar el Plan de Mejora adoptado a partir de la referenciación y socializarlo en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Las Recomendaciones, Observaciones y/o Hallazgos que no presentaron actividades o soportes donde se pudiese evidenciar que se subsanaron al cierre del presente Informe de Auditoría quedan en firme para hacer el seguimiento respectivo y verificar si los responsables de procesos les realizaron Plan de Mejoramiento o se subsanaron con actividades, a lo cual deberán presentar los soportes físicos o evidenciar su respectiva Gestión en la próxima Auditoría.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
------------------------	---	--

SOLICITUD: Las Observaciones y/o Hallazgos registrados anteriormente en este Informe de Auditoría, que requieran Plan de Mejoramiento, deben quedar plasmados conforme se enuncian, NO deben ser modificados de una manera total ni parcial.

El presente informe de Auditoría es de carácter institucional, la verificación se realiza a información mínima publicada en el sitio WEB de propiedad de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA e Intranet, si bien es cierto que la información está bajo la responsabilidad de cada uno de los funcionarios públicos, no puede ser de carácter individual ni tampoco personal, por lo tanto las observaciones y/o hallazgos aquí registrados, como los Planes de Mejoramiento a que dé lugar esta Auditoría son de carácter Institucional.


MARIA CLARA MARTINEZ RUBIANO
Profesional Especializado


JOHN BONZA DUQUE
Profesional Universitario


YETICA JHASVELLY HERNANDEZ ARIZA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Bogotá, D.C. Diciembre 13 de 2021

**Anexo: Veintitrés (23) Encuestas con sus respuestas, en treinta y ocho (38) folios.
Cronograma para la ejecución del programa, en cuatro (4) folios.**





La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de tener como resultado un evento adverso o un incidente que afecte la seguridad clínica de un paciente.

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? NO

RIESGO: Posibilidad de Inoportunidad en la presentación de los estudiantes debido a comunicación inadecuada

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad en la Inoportunidad en la inducción debido a la falta de adherencia

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Supervisión inadecuada. Debido a la falta de cumplimiento del procedimiento

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de pérdida o hurto de equipos o tecnologías, debido a la no actualización de inventarios

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de utilización de los recursos de contraprestación de los convenios docente asistenciales en actividades diferentes a la formación del talento humano, desarrollo y áreas de bienestar de los estudiantes o mejoramiento y equipamiento tecnológico de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

SI Justificación: Actualización, modernización frente a las Tics

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

SI Justificación: El hospital realizaba las actividades académicas sin apoyo tecnológico

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

Listar Listar: Software educación médica. Plataformas virtuales para ampliar oferta educación continua a red hospitalaria. Adquisición licencia que permitirá unificar y registrar en una base de datos toda la información de la producción científica del hospital Universitario la Samaritana. Adquisición de programa de laboratorio de simulación quirúrgica.

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO Justificación: Solo para la modernización de la biblioteca

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de daño o pérdida de estabilidad de las muestras

¿Sigue siendo un Riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de perdida de estabilidad de los reactivos

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de generar daño o perdida de muestra

¿Sigue siendo un riesgo para su proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de generar una inoportunidad en el reporte de resultados de Patología

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de entrega inadecuada de resultados

¿Sigue siendo un riesgo para su proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?
NO Justificación: se requiere es adherencia a los procesos

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso.
SI Justificación: Se defjan siempre en los estudios previos de las contrataciones

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo? Listar Listar: Los riesgos no se han materializado. Los controles han evitado que los riesgos se materialicen

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO Justificación: No hemos realizado referenciaciones

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de no cumplimiento de las condiciones de esterilización de los dispositivos médicos (Instrumental y ropa)

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

SI Justificación: COMPRA SOFTWARE DE TRAZABILIDAD

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

SI Justificación: ADQUISICION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA TENER UNA SEGUNDA OPCION

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo? Listar Listar: COMPRA ESTERILIZADORES DE VAPOR SATURADO MEJORANDO LOS TIEMPOS DE ENTREGA DE MATERIAL ESTERIL, TECNOLOGIA VANGUARDISTA

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO Justificación: PARA EL PROXIMO AÑO SE TIENE PLANEADO

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de peculado en el recaudo de dineros públicos (facturación, puntos de caja, Tesorería) debido al incumplimiento de políticas, procedimientos y compromisos de transparencia del colaborador

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? NO

¿Este riesgo pertenece a su proceso? NO

RIESGO: Posibilidad de Subfacturación o sobrefacturación debido a la falta de disponibilidad de soportes de la factura

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Existencia de Ingresos abiertos en el sistema debido a la falta del cargue diario de la factura

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de inoportunidad en la radicación de facturas debido a la falta de oportunidad en la respuesta del radicado de la factura

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de perdida de Información o documentación debido a las fallas en los equipos informáticos

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Inoportunidad registro y/o respuesta de La glosa y/o devoluciones según tiempos normativos definidos.

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? NO

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? NO

RIESGO: Posibilidad de disminución en el porcentaje de Recuperación de Cartera debido al incumplimiento de la normatividad referente a pagos

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? NO

RIESGO: Posibilidad de Incertidumbre de la cartera adeudada debido a incumplimiento por parte de entidades pagadoras

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? NO

RIESGO: Posibilidad de ser utilizada directa o indirectamente la institución como instrumento para el lavado de activos y/o canalización de recursos hacia la realización de actividades terroristas.

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? NO

RIESGO: Posibilidad de Sobre ejecución de los Contratos debido a no hacer seguimiento a la ejecución de los contratos

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? NO

RIESGO: Posibilidad de no negociar las tarifas adecuadas debido a no conocer el homologo correspondiente a cada servicio

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? NO

RIESGO: Probabilidad de no contar con un portafolio actualizado debido a que las especialidades no suministran la información correcta y oportuna de los procedimientos que realizan

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? NO

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

SI Justificación: SE HAN PUESTO EN CONOCIMIENTO DEL AREA DE SISTEMAS INCONSISTENCIAS DETECTADAS CON SOLUCION DE ALGUNAS PERO CON NECESIDAD DE DESARROLLOS TECNOLOGICOS EN OTRAS

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

Listar Listar: Involucrar a las áreas asistenciales en el tema de facturación, anulación de facturas, importancia de registros clínicos, ingresos abiertos, importancia de contar con soportes de resultados de ayudas diagnósticas a tiempo para radicar las facturas, etc.

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

SI Justificación: En el tema específico de riesgos no pero si en el tema del proceso como tal.

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de Identificación incompleta de los bienes tangibles e intangibles de la institución debido a la falta de información específica

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Inadecuada adjudicación de la solicitud de compra debido a la falta de la evaluación de requisitos

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Inoportunidad de la adquisición de bienes y servicios debido a la falla de la proyección de estudios previos

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Identificación incompleta de los bienes tangibles e intangibles de la institución debido a la falta de adherencia en el procedimiento

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de falta implementar en el Sistema DGH un Módulo de solicitud de insumos instalado en todos los servicios para enlazar las salidas directamente desde el Almacén en el momento de la entrega de los pedidos.

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? NO
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de falta de inclusión de activos en el inventario de bienes debido a la falta de parametrización en el sistema

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? NO

RIESGO: Posibilidad de falta en el levantamiento de procedimientos para procesos no identificados como las donaciones

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de contratar proponentes u oferentes (naturales o jurídicos) que se encuentren vinculados en listas restrictivas en el SARLAFT.

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

SI Justificación: Teniendo en cuenta que con la implementación de tecnología ayudaría y mejoraría la interacción de las diferentes áreas (tiempos, seguimiento, control, agll consulta masiva entre otros)

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

NO Justificación: No se han allegado solicitudes que directamente incidan en tecnología o elementos para el control de los riesgos

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

Listar Listar: 1. Elaboración del proceso de subvenciones para el Ingreso de donaciones, 2. La modificación del ingreso de activos fijos mejoro la adherencia de las demás áreas para minimizar los riesgos, 3. Se ha logrado efectividad en el desarrollo de los procesos de contratación.

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

SI Justificación: Desde el almacén se realizó referenciación con el Instituto Nacional de Cancerología, donde se pudo observar que tienen un programa financiero diferente, ellos tercerizan la contratación de insumos.

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de Inoportunidad en el seguimientos a las acciones de mejora debido a la falta de cumplimiento de cronogramas

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Falta de efectividad en las acciones de mejoramiento debido a la falta de definición de acciones pertinentes

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de No inclusión en el PUMP de Oportunidades de mejora derivadas de las diferentes fuentes de mejoramiento debido a la falta de articulación de las fuentes de mejora

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Fuga de información con alto impacto institucional relacionada con las novedades de seguridad

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Poca Adherencia al Control de documentos y registros por parte de los Líderes de Procesos debido a la falta de adherencia del procedimiento

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Falta de adherencia a las adopción e implementación de Guías de práctica clínica GPC debido a la falta de compromiso

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de pérdida de Información de la gestión documental del proceso de gestión de la calidad debido a la falta de condiciones de conservación

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de afectación económica por incumplimiento de requisitos legales asociados a reportes ambientales

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

SI Justificación: Permitiría un mejor manejo de la información y seguimiento a los resultados

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

NO Justificación: no se han identificado los puntos susceptibles de aplicaciones que mejoren el desempeño pero se considerará para la siguiente vigencia

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo? Listar Listar: parametrización de indicadores, registro de datos, análisis para la toma de decisiones

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

SI Justificación: Análisis de evento adverso - HUSI, seguridad del paciente - Fundación Valle de Lili

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de Pérdida y divulgación de la Información confidencial debido al inadecuado manejo de los Sistemas de Información

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de caída de Sistemas de Información Críticas del HUS debido a posible falla de los equipos

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

SI Justificación: Es posible validar en la adquisición de tecnología pero es importante que los usuarios tomen las medidas respectivas y sean consientes de la importancia de la seguridad de la Información

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

SI Justificación: Dentro de los proyectos del área de adquieren tecnologías de acuerdo a las necesidades identificadas de los usuarios

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

Listar Listar: Desarrollo de aplicativos, Implementación de herramientas de monitoreo entre otras

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

SI Justificación: Mas que referenciaciones es la aplicación de buenas practicas y casos exitosos en entidades

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de Adquisición de tecnología biomédica innecesaria debido a que no se tengan claras las necesidades.

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Demora en la instalación de la tecnología biomédica debido al incumplimiento de los proveedores

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Incremento del mal uso de la tecnología biomédica y novedades de seguridad debido a la falta de adherencia de las capacitaciones

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de mantener los equipos biomédicos funcionando incorrectamente para aumento de novedades de seguridad y no brindar una atención con calidad al paciente

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Realizar una inadecuada incorporación de las tecnologías en tránsito rápido debido a la falta de adherencia de las capacitaciones

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de direccionar marcas y/o laboratorios en el momento de las convocatorias sin la justificación técnica o el previo soporte técnico con el fin de obtener contra prestaciones para los

¿Este riesgo pertenece a su proceso?

SI

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

NO Justificación: No se ha materializado ningún riesgo con los medidas actuales

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

NO Justificación: ?

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

Listar Listar: No se ha materializado ningún riesgo con los medidas actuales

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO Justificación: No se ha materializado ningún riesgo con los medidas actuales

9

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de condenas y/o sanciones administrativas solidarias en contra de la entidad por presunta Intermediación Laboral

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de que un funcionario y/o colaborador de la institución resulte contagiado en el ejercicio de sus funciones por Covid 19

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de realizar pagos en nómina no justificados, valores a los cuales no se tiene derecho u omisión de pagos a los cuales si se tiene derecho

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de perdida de Información de Historias laborales o archivo de gestión

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?
SI Justificación: Eliminar la manualidad de la nomina de planta, implementando

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?
NO Justificación: Si bien la adquisición de un nuevo software de nomina ayudaría a la mejora del proceso, con el actual se controla el riesgo no obstante sería necesaria nuevos desarrollos en el mismo.

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?
Listar Listar: No se han presentado reclamos en liquidación de nomina. La administración de las historias laborales tiene un proceso definido con asignación de responsables para su manejo y custodia.

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?
NO Justificación: No se ha solicitado ya que dinámica gerencial esta implementado a nivel institucional y contiene varios modulas adicionales al denomina.

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de Déficit presupuestal debido a la disminución de ingresos y aumento de gastos

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? NO

RIESGO: Posibilidad de Pago Inoportuno de las obligaciones con terceros debido a la disminución en el flujo de caja

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Fraude Electrónico, Posibilidad de Déficit presupuestal debido a la disminución de ingresos y aumento de gastos

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? NO

¿Este riesgo pertenece a su proceso? NO

RIESGO: Posibilidad de Inconsistencias y/o errores en las cuentas contables debido a información con faltantes

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? NO

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de omisiones en la información Contable y Financiera debido a manipulación de cifras

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? NO

¿Este riesgo pertenece a su proceso? NO

RIESGO: Posibilidad de Incumplimiento en la presentación Estados Financiero a Entes de Control y Vigilancia debido a la presentación de información inexacta

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? NO

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? NO

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Inoportunidad en el registro de los bienes adquiridos y/o subvencionados debido al incumplimiento de las fechas y registro por parte de los referentes

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? NO

RIESGO: Posibilidad Registro de hechos Contables sin los soportes debidos o sin justificaciones precisas debido a cifras en cuentas contables erróneas

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? NO

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Falta de cruces de información Contable con los Módulos con Interfaz Financiera debido a cifras en cuenta contables erróneas

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Disminución en el flujo de caja debido a la disminución del recaudo y rentabilidad económica

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad que ingresen recursos de manera ilícita debido al ingreso recursos de procedencia ilegal

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? NO

¿Este riesgo pertenece a su proceso? NO

RIESGO: Posibilidad en la perdida de la información digital de respaldo debido a las fallas en controles de manejo de la información digital

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? NO

vinculos comerciales y no relacionados en las bases de datos de la entidad con probabilidad de contribuir con el lavado de activos.

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso?

NO

¿Este riesgo pertenece a su proceso?

NO

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

SI Justificación: los desarrollos tecnológicos se deben usar para aglizar los procesos.

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

SI Justificación: Hace mas de un año se solicito la actualización de los equipos de computo del área financiera, que es el área de mayor riesgo y aun no se ha dado respuesta

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

Listar Listar: Controlar el manejo de flujo de tesorería y guardar el equilibrio presupuestal

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO Justificación: se ha solicitado al área de planeación y esta en tramite

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de Inoportunidad en la respuesta al mantenimiento debido a falta de recursos financieros

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Incumplimiento de la normatividad debido al desconocimiento

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de presentar cortes en la prestación de servicios de agua, electricidad, gases medicinales o ventilación mecánica debido a la falta de mantenimiento

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

SI Justificación: aplica bastante en lo pertinente a los posibles cortes en el suministro de agua, energía eléctrica, gases medicinales, etc

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

SI Justificación: modernización de la subestacion eléctrica del HUS, ascensores nuevos, recuperación de la Planta Generadora de Oxígeno del HUS, bombas de agua

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

Listar Listar: Ajuste del sistema de calidad del proceso, ajuste de indicadores, seguimiento específico y oportuno a indicadores y toma de decisiones para ajuste del proceso, actualización periódica de nomograma, mantenimiento mas efectivo de equipos y redes hospitalarias, se tiene actualmente mayor control y seguimiento al proceso .

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO Justificación: las referenciaciones realizadas hasta el momento han sido sobre el macro del proceso, enfocados a conocer la gestión de la Infraestructura en el marco de la ACREDITACION EN SALUD.

12

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de Infecciones asociadas a la limpieza y desinfección

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Inoportunidad en la realización de la limpieza y desinfección

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Ropa hospitalaria insuficiente

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Inoportunidad ó error en la dispensación de dietas a pacientes

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Fuga o perdida de usuarios de la institución

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de contaminación de un alimento

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?
SI Justificación: Para la revisión y control del ambiente hotelero

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

ASEO Y DESINFECCION, LAVANDERIA Y RESIDUOS; EN EL PRESENTE AÑO NO SE HAN PRESENTADO FUGAS EN HOSPITALIZACIÓN; SE MEJORA EL % DE ADHENCIA DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ALIMENTOS, ENTRE OTROS

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

SI Justificación: SE REALIZA REFERENCIACION EN EL HOSPITAL SAN IGNACION EN EL AÑO 2019, DONDE SE OBSERVARO ACTIVIDADES DE LIMPIEZA, INGRESO Y EGRESO DE USUARIOS.

13

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de generar respuestas inadecuadas o erróneas a los usuarios (Respuestas sin la competencia técnica o no acorde a lo requerido)

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Probabilidad de no formulación ni o ejecución planes de mejora asociados a PQRSD críticas o reiteradas por la misma causa.

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de identificación inoportuna de las necesidades del Usuario en los Puntos de Información y Orientación al usuario o durante rondas y visitas a pacientes hospitalizados

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de no detección de casos críticos para la intervención social

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Gestión inadecuada del tramite de solicitudes médicas de servicios (Oxígenos, ambulancia, medicamento, valoraciones, remisiones y contrarremisiones y citas para toma de exámenes)

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

Posibilidad de no realización de seguimiento oportuno a los pacientes Hospitalizados

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

de PQR a los Usuarios (No se generan las respuestas dentro de los términos de ley)

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

NO Justificación: Esta basado en actividades de talento humano

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

NO Justificación: En el último año no se ha requerido.

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

Listar Listar: Identificación de nuevos riesgos del proceso, controlar los riesgos evidenciado en el seguimiento trimestral.

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO Justificación: No se ha realizado referenciación para este aspecto puntual.

14

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de complicación en el paciente durante un procedimiento intervencionista

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Extravasación de medio de contraste

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

SI Justificación: esta en proceso de adquisición ecografo para el area de Intervencionismo .

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

SI Justificación: esta en proceso de adquisición ecografo para el area de intervencionismo .

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

Listar Listar: no se materializo el riesgo de complicación y se disminuyo el numero de extravasaciones de medio de contraste

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO Justificación: esta solictada

15

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de Habilitar proponentes sin el cumplimiento de requisitos jurídicos en los procesos precontractuales (Contratación y de proceso)

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de pérdida de la información del correo de notificaciones judiciales de la entidad o de los correos del área jurídica, lo cual originaria falta de soportes y pruebas en los diferentes procesos judiciales, constitucionales, sancionatorios y demás que estén a cargo de la oficina

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de pérdida de Información de un expediente contractual debido al no cumplimiento de medidas o condiciones de conservación

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de error en la aprobación de las pólizas de los contratos (contratación) debido a falta de revisión y aprobación del documento

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?
NO Justificación: No es necesario

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?
NO Justificación: No es necesario

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo? Listar Listar: La reducción de la zona del riesgo de ALTA a MODERADA y de EXTREMA a MODERADA

16

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de Registros incorrectos y/o incompletos de información debido a la falta de control en la ejecución de la actividad

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? NO

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de omisión reporte sintomatología respiratoria de los pacientes que remiten al HUS debido a falta en el registro del paciente

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de apropiación de bienes, elementos, insumos y valores de la entidad para uso personal o comercialización en la ambulancia

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

SI Justificación: UN DESARROLLO TECNOLOGICO.

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

SI Justificación: Se diseño un programa de software pero no se pudo poner en servicio ya que no hubo desarrollo.

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

Listar Listar: Respuesta mas oportuna, optimizando tiempo, fortalecimiento en conocimiento de las plataforma del Dues y SIRC para la presentación de informes de capacidad instaladas y codigods para asegurar el pago respectivo de las atenciones generadas en la uci y cuidados intermedios.Fortaleciemnto de comunicaciones en las demas sedes.

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

SI Justificación: Pero somos Instituclo0nes acreditadas pero diferentes procesos en referencia

17

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de dispensar erróneamente la fórmula médica

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de producir aire medicinal con fallos de calidad

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de generar indisponibilidad temporal de productos farmacéuticos

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

SI Justificación: Para minimizar riesgos en la dispensación podemos implementar sistema con código de barras

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

SI Justificación: Actualización de licencias de office para el servicio

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

Listar Listar: Identificación de puntos críticos y de control en los procesos; capacitación al personal del servicio antiguo y nuevo

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO Justificación: A pesar de no hacerlo, se han identificado y fortalecido diferentes situaciones al interior; de acuerdo a la experiencia ganada en otros procesos de experiencia laboral

18

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de aumento de la oportunidad en la asignación de citas debido a la insuficiencia de cupos programados

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de aumento de la Inasistencia a cita o procedimiento de apoyo diagnóstico o terapéutico programado en Consulta Externa debido a diferentes causas que se le puedan presentar al paciente

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de aumento de la Cancelación de consulta y procedimientos por causa institucional

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

Posibilidad de aumento de la inoportunidad en la atención al paciente debido a factores institucionales

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de no realizar la notificación de eventos adversos, de no diligenciar en la historia clínica sobre la evolución y comportamiento del tejido de fallas en la adherencia al tratamiento del pacientes

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de reconocimiento de horas no trabajadas por los profesionales o especialistas debido a la falta de revisión de

¿Este riesgo pertenece a su proceso?

NO

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

SI Justificación: La programación de agenda de consulta se podría cruzar con la programación de salas de cirugía y evitar que se monte a la misma hora actividad para el mismo especialista. Adicionalmente poder tener en cuenta la agenda de telemedicina

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

NO Justificación: No es compra de equipo, sino de ajustes del área de sistemas

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

Listar Listar: Mejorar tiempos de atención a la hora programada/mantenimiento de la mejor oportunidad del mercado comparado en el observatorio de calidad

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO Justificación: Se ha solicitado pero no han dado respuesta a la necesidad puntual en Consulta externa

19

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de Displasia Broncopulmonar - Neonatos debido a paciente prematuro

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Enterocolitis Necrosante - Neonatos debido a mal formaciones congénitas

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de crisis convulsiva en paciente hospitalizado - Neurocirugía debido a factores de riesgo sin manejo instaurado

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de enfermedad Tromboembólica en paciente con riesgo detectado

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Inoportunidad en la detección de trauma cervical en paciente de neurocirugía

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de complicaciones quirúrgicas inmediatas (24 horas)

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de complicaciones en el parto o puerperio por condiciones biopsicosociales

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

NO Justificación: Actualmente se cuenta con los equipos biomédicos básicos para la atención de los pacientes.

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

NO Justificación: Actualmente se cuenta con los equipos biomédicos básicos para la atención de los pacientes.

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

Listar Listar: actualización de la Historia clínica, controles en la prevención de la materialización de los riesgos identificados

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

SI Justificación: Con el equipo de planeación se realizó referenciación con HUSI

20

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de cancelación del procedimiento quirúrgico por causa institucional

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

NO Justificación: CONSIDERO QUE CONTAMOS CON TECNOLOGÍA Y EQUIPOS BIOMÉDICOS AVANZADOS QUE CUMPLEN CON LO REQUERIDO PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

NO Justificación: NO SE HAN REALIZADO SOLICITUDES

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

Listar Listar: APLICAR LISTA DE CHEQUEO A TODOS LOS PROCEDIMIENTOS QUE VAN A SER PROGRAMADOS CON UN DIA DE ANTERIORIDAD, VALIDAR LA DISPONIBILIDAD DEL TALENTO HUMANO, EQUIPOS E INSUMOS REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

SI Justificación: SE HAN REALIZADO REFERENCIACIONES CON ENFOQUE A TEMAS DE PROGRAMACIÓN QUIRURGICA

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de inoportunidad de la atención del paciente en el servicio de urgencias debido a las demoras de las interconsultas solicitadas

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad que el paciente hospitalizado en el Servicio de Urgencias presente Delirium debido a estrés del paciente

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad que el paciente hospitalizado en el Servicio de Urgencias presente ideas / intento suicida debido a la falta de identificación de Patología mental

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad que el paciente hospitalizado en el Servicio de Urgencias presente Trombosis venosa profunda debido a la no formulación de trombo profilaxis

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad que el paciente hospitalizado en el Servicio de Urgencias presente Sangrado gástrico debido a la no formulación de Gastro protección

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de no realizar la llamada de notificación oportuna a la red de trasplantes debido a la falta de la notificación

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

de muerte encefálica, posibilidad de no realizar el mantenimiento de potencial donante debido a la inoportunidad en el diagnóstico

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso?

SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso?

NO

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

SI Justificación: es importante fortalecer los mecanismos de monitoreo de riesgos desde sistemas de información (tableros de control, reportes, etc) que favoreza en tiempo real detectar la identificación o no uso de barreras adecuadas.

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

NO Justificación: Son desarrollos que podrían ser generados por la subdirección de sistemas.

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

Listar Listar: 1) actualización de matriz, 2) seguimiento trimestral de controles por grupo definido 3) Incorporación de otras partes interesadas progresivamente

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO Justificación: La gestión del riesgo debe ser transversal (inicialmente) mediante la aplicación de estrategias definidas por la alta gerencia (por ejemplo la implementación de GRD's como ya se ha avanzado por la oficina de planeación). Para posteriormente operativizar en las actividades cotidianas y las partes interesadas.

22

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de disminución número de donantes que impacte en la distribución de hemo-componentes intra y extra institucional

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de pérdida de la cadena de frío de hemo-componentes

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Falsos negativos en pruebas inmunoserológicas

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

SI Justificación: LA PERDIDA DE CADENA DE FRIO, SE INCOPORO TELEMETRIA, QUE AYUDA A SEGUIR LA TEMPERATURAS EN TIEMPO REAL Y MEJOR CONTROL PARA PREVENIR EL RIEGO DE PERDIDA DE HEMOCOMPONENTES

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

SI Justificación: DESDE EL 2020 SE TRABAJO LA ADQUISICION DE TELEMETRIA Y ESTA POR ADQUIRI NUEVOS EQUIPOS NEVERAS, ULTRACONGELADORES Y CONGELADORE.

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

Listar Listar: TELEMETRIA, NUEVOS EQUIPOS NEVERAS, ULTRACONGELADORES, CONGELADORES, PARA EL PROCESAMIENTO DE INMUNOSEROLOGAI SE REALIZO CAMBIO DE TECNOLOGIA, EQUIPO MAS SENSIBLE Y MAYOR ACTUALIZACION . EQUIPO ALINITY.

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

SI Justificación: EN CUANTO AL RIESGO DE ABASTECIMIENTO, SE REFERENCIO CON EL HOSPITAL CLINICA SAN RAFAEL PARA CONTAR CON OTRO GRUPO DE CAMPAÑAS Y PODER CONTAR CON MAS HEMOCOMPONENTES

23

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

RIESGO: Posibilidad de Prestar un servicio de salud sin cumplir con las condiciones técnicas de habilitación según Resolución 3100.

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Incumplimiento en la implementación de las acciones o actividades derivadas de las referenciaciones comparativas

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de que no se gestionen permisos y/o autorizaciones ante los entes de reguladores (CAR, Codensa, EAAB, IDU, IDPC, Ministerios Entre otros), para el proyecto específico, por desconocimiento de la norma

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de Prestación de servicios sin estar registrados en el REPS debido a la falta de cumplimiento de la normatividad

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad de que el presupuesto del proyecto en específico no relaciona los precios ICCU, cuando es necesaria la contratación de un tercero para realizar estudios o diseños técnicos

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

RIESGO: Posibilidad que no se cuente con los recursos económicos necesarios para la ejecución del proyecto debido a la falta de presupuesto

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

SI Justificación: Permitiría un mejor seguimiento y datos para la toma de decisiones

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

NO Justificación: No se ha hecho el análisis puntual respecto de los puntos susceptibles para aplicar tecnología, pero se considerará para la siguiente vigencia

¿Cuáles han sido las mejoras

logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

Listar Listar: Cumplimiento de la norma, mantenimiento de las condiciones de habilitación, mejora de la oferta de servicio

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?: se ha hecho referenciación interna

CRONOGRAMA PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA (HUS) Y SUS UNIDADES FUNCIONALES (HRZ - UJFZ) 2021

LINEA ESTRATEGICA	Actividad	Actividad Específica 2021	Periodicidad de Ejecución	Responsable	VIGENCIA 2021											
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
					Trim I			Trim II			Trim III			Trim IV		
					33	19	57,6%	21	13	61,9%	10	3	30,0%	5	0	0,0%

Trimestral

Semestre	Semestre I						Semestre II					
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
	54			32			59,3%	16			3	18,8%

Año	Año	
	2020	2021
	70	35

Responsable:

Dr. YESID RAMIREZ MOYA
 Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad
 HUS

LINEAS ESTRAT	Año	
	2020	2021
LÍNEA 1	1	1
LÍNEA 2	36	20
LÍNEA 3	6	1
LÍNEA 4	5	3
LÍNEA 5	1	9
LÍNEA 6	20	9
LÍNEA 7	1	0
	70	43