



Bogotá, 8 de enero de 2021

Doctor  
EDGAR SILVIO VILLEGAS SANCHEZ  
Gerente  
LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS  
Directora Científica  
NUBIA GUERRERO P.  
Directora de atención al Usuario  
JOSE JAIME PINZON  
Director de Financiera  
SANDRA ELIANA RODRIGUEZ G  
Directora Administrativa  
LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS  
Jefe Oficina Asesora Planeación y Garantía de la Calidad  
NEYDI ADRIANA TINJACA RUEDA  
Jefe Oficina Asesora Jurídica  
Doctores Líderes de Proceso  
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA  
E. S. D.

Ref.: Alcance 2020110000081-1 Informe Riesgos y Controles Vigencia 2020

Respetados Doctores,

Dando alcance al radicado #2020110000081-1, de fecha diciembre 30 de 2020 me permito adjuntar el Informe de Auditoria de Riesgos y Controles Vigencia 2020 en el que se realizó el seguimiento a la actividad establecida en el Plan Operativo Anual – POA vigencia 2020 para ejecutar por parte de la Oficina de Control Interno.

P.D.: Se adjunta 86 folios.

Atentamente,



YETICA JHASVELIN HERNANDEZ ARIZA  
Jefe Oficina Asesora de Control Interno



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

[www.hus.org.co](http://www.hus.org.co)*"Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada"*

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

RIESGOS Y SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES ESTABLECIDOS EN LA MATRIZ DE  
RIESGO INSTITUCIONAL 2020

OBJETIVO

Desarrollar el seguimiento a los riesgos y controles consolidados en las matrices de riesgos, conforme lo establecido en el Plan de Auditorías de la vigencia 2020 y en el Plan Operativo Anual – POA de vigencia 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana

ANTECEDENTES DE LA AUDITORIA:

la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, estableció los lineamientos para la Administración del Riesgo, identificada con el código 01DE06-V4, aprobado el 18/03/2020 como una política de gestión de la alta Dirección del proceso de Direccionamiento Estratégico, mediante la cual se dan a conocer los objetivo, el despliegue e implementación bajo el programa de Gestión y Administración del Riesgo, código de documento 01GC04-V6, aprobado el 20/03/2020 que tiene como objetivo general *'identificar los potenciales riesgos, adelantar las acciones para el adecuado tratamiento y reducción de los mismos, que eviten su materialización así como eventos no deseados, todo bajo una estrategia de priorización, cuyo manejo garantice el cumplimiento de los objetivos institucionales y de sus procesos, implementando acciones de monitoreo y retroalimentación pertinentes, evitando así daños en los pacientes, usuarios y familiares, en los colaboradores del Hospital y sus unidades funcionales en el patrimonio e imagen de la entidad y en las áreas interesadas.*

La Oficina de Control Interno en su rol de evaluación y seguimiento realiza seguimiento a los riesgos y controles de la vigencia 2020, mediante el ejercicio de Auditoría Interna e independiente, con el fin de proporcionar a la alta Dirección un INFORME DE AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE, alineado con las estrategias y objetivos institucionales y asociado a los Procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.

ALCANCE

El alcance esta dado desde el seguimiento a la gestión de los riesgos institucionales de la vigencia 2020 registrados y publicados en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA y el seguimiento al Cronograma de ejecución del programa de gestión del riesgo del HAS, HRZ y UFZ, hasta la efectividad de los controles.

METODOLOGIA

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Identificados los riesgos de LA MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, por cada uno de los procesos establecidos por acto administrativo, se acuerda:

- elaborar una encuesta de PERCEPCIÓN a los directivos – Gerente, Oficinas Asesoras, Directores, Subdirectores, Líderes de Proyecto, servidores públicos líderes de proceso - , con ficha técnica con el fin de conocer la categoría de adelanto en cuanto a riesgos y controles ejercidos para mitigarlos y/o atenuarlos y/o el grado de avance de los riesgos y controles, con los resultados de la encuesta a través de indicadores se realiza el análisis.
- Con la metodología creada por la Función pública en su documento 'MIPG - Gestión del Riesgo (articulado riesgos de corrupción y seguridad digital)' se aplica a los controles establecidos en la matriz de riesgo institucional 2019 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, la evalúa del diseño y su ejecución.
- Se revisa el cronograma de ejecución del programa de gestión del riesgo del HAS, HRZ y UFZ en la vigencia 2020
- Cumplido con los ítems anteriores se da paso a generar el presente informe

#### BASE LEGAL

##### CONSTITUCIÓN POLÍTICA.

**LEY 23 DE 1981 Código de Ética** La cual dicta normas sobre la Ética Médica aplicable a los profesionales de la salud que ejercen 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 distinciones de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político o religioso. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes".

**LEY 87 de 1993**, establece que todas las entidades públicas, debían organizar 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 se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las *Empresas Sociales del Estado*. *NOTA: Aclarado por el Decreto Nacional 1621 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 se 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 medio del cual se adoptó el Modelo Estándar de Control Interno - MECI para el Estado Colombiano- MECI 1000:2005.

**LEY 1474 de 2011**, Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la 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 – MECI, en el cual se determinan las generalidades y estructura necesaria para establecer, implementar y fortalecer un Sistema de Control Interno en las entidades y organismos obligados a su implementación



# OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

**DECRETO 1083** de 2015, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública

**DECRETO 612** de 2018 Por el cual se fija la incorporación de los planes institucionales al Plan Operativo Anual de las entidades y la implementación y seguimiento de los planes.

## PANORAMA GENERAL DE LA DOCUMENTACIÓN DE LOS RIESGOS

El Panorama general de la documentación de los riesgos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, de acuerdo con los contenidos publicados en la Intranet - gestión documental se fundamenta en:

- la política de Administración del riesgo identificada con el código de documento 01DE06-V3 del proceso de direccionamiento estratégico.
- El programa de Gestión y administración del riesgo- código de documento 01GC04-V5 del proceso gestión de la Calidad.
- Cronograma para la ejecución del Programa de Gestión del riesgo 2020  
Documento sin código publicado en el proceso de Gestión de la calidad y que en el sistema de gestión integral de la calidad ALMERA registra un avance del 32%, posteriormente con oficio 202000010469 1 de fecha 29 de octubre de 2020 la jefe de la Oficina de Planeación y Garantía de la calidad nos allega el cronograma con un avance de 63.3%, el cual se adjunta la imagen a continuación:

| HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA<br>GESTIÓN DE LA CALIDAD<br>CRONOGRAMA DE PROGRAMAS   |   |   |   |             |      |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |       |  |  |
|---|---|---|---|-------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-------|--|--|
| 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 - ICFE) |   |   |   |             |      |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |       |  |  |
| Descripciones   | Actividad   | Actividad Específica 2020   | Responsable de la Actividad                     | Responsable | 2020 |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     | Total |  |  |
|   |   |   |   |             | ENE  | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AUG | SEPT | OCT | NOV | DIC |       |  |  |
| 1. Política de Gestión y Administración del Riesgo  | Elaboración y actualización de la política de gestión y administración del riesgo.                    | Elaboración de la política de gestión y administración del riesgo.                      | Gerencia de Gestión y Administración del Riesgo | Gerente     |      |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |       |  |  |
|   |   | Actualización de la política de gestión y administración del riesgo.                    | Gerencia de Gestión y Administración del Riesgo | Gerente     |      |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |       |  |  |
| 2. Programa de Gestión y Administración del Riesgo  | Elaboración y actualización del programa de gestión y administración del riesgo.                      | Elaboración del programa de gestión y administración del riesgo.                        | Gerencia de Gestión y Administración del Riesgo | Gerente     |      |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |       |  |  |
|   |   | Actualización del programa de gestión y administración del riesgo.                      | Gerencia de Gestión y Administración del Riesgo | Gerente     |      |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |       |  |  |
| 3. Cronograma para la ejecución del Programa de Gestión del riesgo 2020   | Elaboración y actualización del cronograma para la ejecución del programa de gestión del riesgo 2020. | Elaboración del cronograma para la ejecución del programa de gestión del riesgo 2020.   | Gerencia de Gestión y Administración del Riesgo | Gerente     |      |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |       |  |  |
|   |   | Actualización del cronograma para la ejecución del programa de gestión del riesgo 2020. | Gerencia de Gestión y Administración del Riesgo | Gerente     |      |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |       |  |  |

*nos*



# OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Con el objeto de establecer la gestión de los riesgos institucionales de la vigencia 2020 en la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, definida la responsabilidad de las líneas de defensa definidas en el Modelo estándar de Control Interno – MECI y tomando como referencia el Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG; dado el compromiso de la LÍNEA ESTRATÉGICA<sup>1</sup> y de la PRIMERA LINEA<sup>2</sup> de la E.S.E., se diseñó la encuesta de percepción dirigida a cada uno de los ochenta y cuatro (84) riesgos de la matriz de riesgos institucionales 2020; la encuesta soportada en la ficha técnica está dirigida a los Directivos (Gerente, Directores, oficinas Asesoras, Subdirectores), líderes de proyecto y líderes de procesos, todos ellos servidores públicos de Bogotá, HRZ y UFZ; la encuesta conto con veinte (20) preguntas cerradas, dos (2) de respuesta numérica y seis (6) de respuesta abierta (con máximo de 200 caracteres); se desarrolló a través del aplicativo *lime Survey encuestas*, abierta desde el 30 de octubre de 2020 hasta 26 de noviembre de 2020 y por solicitud de algunos servidores públicos se posterga su cierre hasta el viernes 4 de diciembre de 2020.

Cerrada la encuesta registró los siguientes indicadores y observaciones:

- Numero de encuestas iniciadas y/o con respuesta a la encuesta 287
- Numero de encuestas con respuesta a todas las veintiocho (28) preguntas de la encuesta 173
- Numero de encuestas iniciadas y/o incompletas (con una respuesta) a la encuesta 114, ver parte superior (color gris) del Gráfico No. 1,
- El Porcentaje de encuestas con respuesta a las veintiocho (28) preguntas es del 60.27%
- A la encuesta no hubo respuesta por parte de los servidores públicos quienes son responsables de los riesgos institucionales de:
  - Probabilidad de transfusión a Paciente incorrecto del proceso de Banco de Sangre.
  - Inoportunidad en la referencia y/o aceptación de pacientes del proceso de referencia y contra referencia
  - Registros Incorrectos y/o incompletos de información del proceso de referencia y contra referencia
- De los siguientes riesgos, Los responsables del proceso iniciaron la encuesta, no la culminaron:
  - Del proceso de Atención al usuario y su familia los riesgos:
    - Identificación inoportuna de las necesidades del Usuario
    - Estudió Sociales erróneos y/o incompletos
    - Generación de respuestas inadecuadas o erróneas a los usuarios (Respuestas sin la competencia técnica o no acorde a lo requerido).
    - Baja concientización de la importancia de planes de mejora asociados a PQRSD críticas o reiteradas por la misma causa.
  - Del proceso de Banco de sangre, el riesgo
    - Aumento de la posibilidad Que no haya respuesta masiva.
  - Del proceso Atención al paciente de urgencias, el riesgo
    - Posibilidad de inoportunidad de la atención del paciente en el servicio de urgencias.

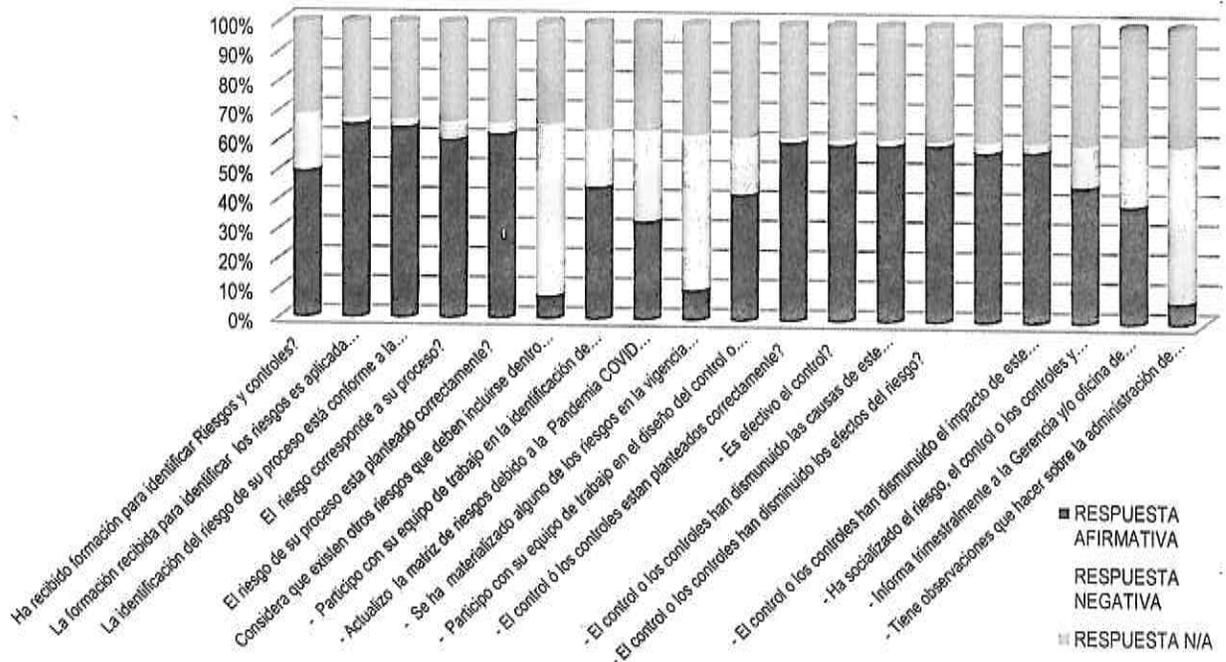
Tabuladas las respuestas a las preguntas de la encuesta registran los siguientes resultados:

Grafica No. 1

<sup>1</sup> Comité Directivo, Comité de gestión y desempeño Institucional, Comité Institucional de Control Interno

<sup>2</sup> Líderes de proceso, responsables del proyecto

RESULTADO ENCUESTA DE RIESGOS Y CONTROLES INSTITUCIONALES - 2020



La parte central de la Grafica No. 1 registra las respuestas negativas a las preguntas de la encuesta y la parte inferior de color negro, presenta las respuestas positivas de la encuesta. A continuación realizamos un análisis particularizado para sus respuestas.

1. En cuanto a la formación recibida para la identificación de los riesgos, el 27.78% de los servidores públicos responden que no han recibido formación para la identificación de los riesgos, sin embargo solamente el 2.58% informan que la formación recibida no es aplicada para identificar los riesgos, lo que indica que no hay relación entre la formación recibida y la aplicación de la formación para identificar los riesgos. De los setenta y cinco (75) riesgos de los que se obtuvo respuesta,
2. El 94.07% en la identificación de los riesgos, la corresponsabilidad con el proceso y si está correctamente planteados, responden afirmativamente y el 12.17% considera que existen otros riesgos que deben incluirse en el proceso.
3. A las preguntas si participo con su equipo de trabajo en la identificación del riesgo y en el diseño de los controles (de cada uno de los setenta y cinco (75) riesgos), el 69.6% responde afirmativamente, su equipo de trabajo participo en la identificación y diseño, el 39.4% no participo en la identificación de riesgos y diseño de los controles.
4. A las preguntas si el control o los controles están bien planteados, son efectivos, han disminuido las causas del riesgo, han disminuido los efectos del riesgo, han disminuido la probabilidad y el impacto del riesgo, los encuestados respondieron que en el 69.6% respondieron afirmativamente, es decir los controles están diseñados conforme a la metodología adoptada por la E.S.E., son efectivos y eficientes; argumento se verificara con cada uno de los controles a los riesgos más adelante.

*Handwritten signature/initials*

*Handwritten signature*

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

5. A la pregunta si se materializo alguno de los riesgos en la presente vigencia, el 83.33% indica que no se ha materializado y el 16.67% que advierte que se ha materializo; preguntado cuantas veces se ha materializado, registra un promedio de 5 veces., entre las causas de la materialización, de mayor a menor, se encuentran:
- La NO adherencia a los procesos, procedimientos, protocolos, manejo de dispositivos y al paquete instruccional.
  - Atención a los clientes Internos y externos y a las reuniones de equipo de trabajo.
  - Baja en las ventas de servicios de salud.
  - Disminución en los recaudos.
  - Ausencia de monitoreo en los controles, ausencia de controles más fuertes.
  - La rotación de personal.
  - Falta de experticia en el desarrollo de los protocolos (como en la administración de las formulas nutricionales y la similitud en la presentación comercial de las formulas nutricionales).
  - Mal manejo de la Información
  - Inoportunidad en la generación del MIPRES,
  - Falta de seguimiento a la administración de medicamentos multidosis.
  - Debilidades y/o falencias en el módulo de Facturación -Proceso de Facturación y Recaudo (No cancela en el sistema la cita programada dados los lineamientos de Minsalud de suspender citas no prioritarias, No se han tomado medidas al inicio de la atención del paciente particular).
  - Comorbilidades de paciente y condición clínica del paciente,
  - Dificultad en el desplazamiento, por emergencia sanitaria.
  - No adherencia de tipo sociales.
  - No realizaron análisis en el comité de infecciones y no identifican causas.
  - Inoportunidad en la generación del MIPRES.
  - Falta de personal de INPEC para cuidado de pacientes privados de la libertad, riesgo de pérdida o fuga.
6. En cuanto a la actualización de las matrices de riesgos y controles debido a la Pandemia COVID19, el 52.17% de la población encuestada afirma que se si se actualizo, el restante 47.83% responde negativamente a la actualización. Los riesgos identificados y actualizados en las matrices de riesgo por proceso son:
- Proceso BANCO DE SANGRE: El proceso actualizo la matriz de riesgos con la asesoría de Planeación y se incluyó barreras de protección persona, y encuentra adicional para el tratamiento de personas con COVID-19 y en situaciones de pandemia, Aumento de la posibilidad que no haya respuesta masiva, Contagio por enfermedades emergentes o reemergentes.
  - Proceso IMÁGENES DIAGNOSTICAS: los riesgos son: Disminución de la productividad por las medidas de confinamiento por la pandemia COVID -19, Falta concientización de trabajadores para cumplimiento de protocolos prevención de enfermedades infectocontagiosas
  - Proceso ATENCION AL PACIENTE AMBULATORIO: Probabilidad que un funcionario de la institución sea contagiado de enfermedades infectocontagiosas Probabilidad de contagio de profesionales y especialistas con enfermedades infectocontagiosas.
  - Procesos ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO: inadecuada segregación de residuos, riesgo ambiental por segregación de residuos, riesgo de que un funcionario se contagie de una enfermedad infectocontagiosa, disminución de la producción laboral del funcionario por estrés.
  - Proceso DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO: Probabilidad que un funcionario y/o colaborador de la institución resulte contagiado en el ejercicio de sus funciones por enfermedades nosocomiales y/o infectocontagiosas producto de pandemias, contacto con las personas que necesitan audiencias propias de las actividades diarias del hospital, Falta concientización de trabajadores para cumplimiento de protocolos prevención de enfermedades infectocontagiosas, contacto con los clientes internos y externos.
  - Proceso GESTION FINANCIERA: disminución en ventas, bajo recaudo, miedo de los pacientes para asistir al hospital.

NDV

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

- Proceso ATENCION AL PACIENTE HOSPITALIZADO: No disponibilidad de camas de UCI asociado a COVID-19, No contar con personal asistencial necesario para la atención Médica por infección por COVID-19, protocolos de manejo de paciente UCI COVID.
  - Proceso de ATENCION FARMACEUTICA: Contagio por COVID-19, Riesgo de contagio de Covid 19.
  - Proceso GESTIÓN JURIDICA: Falta concientización de trabajadores para cumplimiento de protocolos prevención de enfermedades infectocontagiosas.
  - Proceso INVESTIGACIÓN: se realizó la revisión de la matriz del riesgo por parte del líder del proceso y su equipo de trabajo, estableció: El no conocimiento por parte de los investigadores de la nueva legislación frente a estudios experimentales puede llevar a la realización de los mismos sin los debidos permisos que se deben tener.
  - Proceso de ESTERILIZACIÓN: Inadecuada entrega del material contaminado para el proceso de esterilización que pueda generar brotes o epidemias por COVID.
  - Proceso DOCENCIA: que se presenten Brotes y Epidemias (COVID 19)
  - Proceso APOYO DIAGNOSTICO: Contagio por enfermedades emergentes o reemergentes
  - Proceso HOTELERIA HOSPITALARIA: infección cruzada.
7. En cuanto a la socialización de los riesgos y sus controles a los equipos de trabajo, el 76.88% indica que los riesgos han sido socializados y el 66.47% informa trimestralmente a la Gerencia y a la oficina de Planeación y Garantía de la calidad de la gestión del riesgo (avance de los planes de mejoramiento de su proceso.

**CONCLUSIÓN**

Con la anterior discernimiento y apreciación de los riesgos y controles de los procesos por parte de los Directivos (Gerente, Directores, oficinas Asesoras, Subdirectores), líderes de proyecto y líderes de procesos de manera general el resultado de la percepción que tienen de la encuesta es efectivo para los riesgos y controles de la E.S.E.

**RIESGOS Y CONTROLES**

Siendo la Auditoria Interna independiente la responsable de proporcionar aseguramiento respecto a la gestión del riesgo, se verificaron los riesgos identificados para los procesos de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana ascienden a trescientos veinte tres (323); se abordan a continuación los riesgos de la matriz institucional 2020 previo comparativo las vigencias 2019 y 2020 y luego el diseño y evaluación de los controles establecidos a los riesgos institucionales 2020.

Los riesgos institucionales, sus causas y los controles de las matrices de riesgos Institucionales registra los siguientes resultados cuantitativos:

| PROCESO (S)                       | RIESGOS INSTITUCIONAL |      | CAUSAS RIESGOS |      | CONTROLES |      |
|-----------------------------------|-----------------------|------|----------------|------|-----------|------|
|                                   | 2019                  | 2020 | 2019           | 2020 | 2019      | 2020 |
| Apoyo Diagnostico                 | 4                     | 4    |                | 18   |           | 19   |
| Atención al paciente ambulatorio  | 1                     | 1    | 16             | 16   | 2         | 2    |
| Atención al paciente de urgencias | 5                     | 1    | 37             | 13   | 10        | 5    |
| Atención al paciente quirúrgico   | 3                     | 7    | 13             | 55   | 8         | 16   |
| Atención al usuario               | 1                     | 4    | 4              | 23   | 1         | 4    |
| Atención farmacéutica             | 3                     | 6    | 3              | 14   | 11        | 29   |
| Atención paciente hospitalizado   |                       | 8    |                | 83   |           | 33   |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| PROCESO (S)                         | RIESGOS INSTITUCIONAL |           | CAUSAS RIESGOS |            | CONTROLES  |            |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------|----------------|------------|------------|------------|
|                                     | 2019                  | 2020      | 2019           | 2020       | 2019       | 2020       |
| auditoría y control                 |                       |           |                |            |            |            |
| banco de sangre                     |                       | 15        |                | 82         |            | 15         |
| Bienes y servicios                  |                       | 1         |                | 1          |            | 1          |
| desarrollo de servicios             |                       |           |                |            |            |            |
| Direccionamiento Estratégico        | 2                     | 6         | 4              | 13         | 7          | 11         |
| Docencia                            | 2                     | 1         | 5              | 1          | 3          | 1          |
| Esterilización                      | 2                     | 2         | 15             | 5          | 8          | 3          |
| atención extramural                 |                       |           |                |            |            |            |
| Facturación y recaudo               | 3                     | 6         | 8              | 26         | 3          | 8          |
| Gestión financiera                  | 2                     | 3         | 10             | 15         | 5          | 10         |
| Gestión de calidad                  | 1                     | 3         | 3              | 10         | 2          | 5          |
| Gestión de la información           | 2                     | 4         | 12             | 22         | 6          | 8          |
| Gestión de la infraestructura       | 2                     | 1         | 37             | 2          | 4          | 2          |
| Gestión del Talento Humano          | 2                     | 1         | 5              |            | 6          | 1          |
| Gestión jurídica                    | 1                     | 1         | 1              | 6          | 1          | 1          |
| Hotelería Hospitalaria              | 2                     | 1         |                |            |            |            |
| Imágenes Diagnosticas               | 2                     | 3         | 35             | 42         | 6          | 7          |
| Investigación                       |                       | 2         |                | 3          |            | 2          |
| Procesos Misionales - Transversales | 7                     |           | 90             |            | 22         |            |
| Referencia y Contrarreferencia      | 2                     | 2         | 14             | 14         | 2          | 3          |
| tecnología biomédica                |                       | 1         |                | 2          |            | 2          |
| Terapias                            | 6                     |           | 20             |            | 6          |            |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>55</b>             | <b>84</b> | <b>332</b>     | <b>466</b> | <b>113</b> | <b>188</b> |

**MATRIZ INSTITUCIONAL DE RIESGOS DE LA VIGENCIA 2020**

La matriz institucional de riesgos de la vigencia 2020 publicada en el sistema de gestión de calidad integrado ALMERA proceso de Direccionamiento estratégico, contiene ochenta y cuatro (84) riesgos, generados por cuatrocientos sesenta y seis (466) causas identificados de veinticuatro (24) procesos, se reitera en el presente informe que se desconoce la metodología con la cual se priorizaron los riesgos para establecer los mapas de calor registrados para la matriz de riesgos Institucionales.

En desarrollo del seguimiento a los riesgos y controles se evidencia que las zonas de riesgos antes de aplicado el control y luego de aplicado el control - riesgo residual -de las vigencias 2020 son:

| UNIDAD FUNCION AL | PROCESO | RIESGO | RIESGO RESIDUAL       |                       |
|-------------------|---------|--------|-----------------------|-----------------------|
|                   |         |        | EVALUACIÓN DEL RIESGO | EVALUACIÓN DEL RIESGO |
|                   |         |        | ZONA DE RIESGO        | ZONA DE RIESGO        |
|                   |         |        |                       |                       |

*Handwritten signature/initials*

*Handwritten signature*

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| UNIDAD<br>FUNCION<br>AL | PROCESO                | RIESGO  | RIESGO RESIDUAL          |                          |
|-------------------------|------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
|                         |                        |   | EVALUACIÓN<br>DEL RIESGO | EVALUACIÓN<br>DEL RIESGO |
|                         |                        |   | ZONA DE<br>RIESGO        | ZONA DE<br>RIESGO        |
| BOGOTÁ<br>/ZIPAQUIRÁ    | BANCO DE<br>SANGRE     | Aumento de la posibilidad Que no haya respuesta masiva,   | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                        | Posibilidad Unidades no optimas por falsedad en respuesta del donante   | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                        | Posibles Unidades vencidas en disponibilidad  | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                        | Posible Confusión de muestras   | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                        | Posibles Falsos negativos   | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                        | Posible Liberación errada   | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                        | Posible Generación errada de sello  | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                        | Posible solicitud inadecuada de hemo componentes  | ALTA                     | ALTA                     |
|                         |                        | Posible No disponibilidad de hemo componentes (mínimos existentes)  | ALTA                     | ALTA                     |
|                         |                        | Probabilidad de transición a Paciente incorrecto  | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                        | Posible Reacción adversa a la Transfusión (RAT)   | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                        | Posible Detección inoportuna de Reacciones adversas relacionadas con hemo componentes   | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                        | Posible Manejo inadecuado Reacciones adversas relacionadas con hemo componentes   | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                        | Posibles Fallas en el análisis de las Reacciones adversas relacionadas con hemo componentes                                       | ALTA                     | ALTA                     |
|                         |                        | Posible Inoportunidad en resultados laboratorio clínico   | ALTA                     | ALTA                     |
| Bogotá /<br>Zipaquirá   | FINANCIERA             | Baja o nula rentabilidad  | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                        | Pago inoportuno de las obligaciones.  | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                        | No pago de obligaciones suscritas mediante pagaré   | EXTREMA                  | ALTA                     |
| Bogotá                  | ATENCIÓN AL<br>USUARIO | Identificación inoportuna de las necesidades del Usuario  | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                        | Estudio Sociales erróneos y/o incompletos   | ALTA                     | ALTA                     |
|                         |                        | Generación de respuestas inadecuadas o erróneas a los usuarios (Respuestas sin la competencia técnica o no acorde a lo requerido) | EXTREMA                  | ALTA                     |

CA/20

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| UNIDAD<br>FUNCION<br>- AL | PROCESO                                      | RIESGO  | RIESGO RESIDUAL          |                          |
|---------------------------|--|---|--------------------------|--------------------------|
|                           |  |   | EVALUACIÓN<br>DEL RIESGO | EVALUACIÓN<br>DEL RIESGO |
|                           |  |   | ZONA DE<br>RIESGO        | ZONA DE<br>RIESGO        |
|                           |  | Baja concientización de la importancia de planes de mejora asociados a PQRSD críticas o reiteradas por la misma causa.                        | ALTA                     | ALTA                     |
| BOGOTÁ -<br>UFZ - HRZ     | TECNOLOGIA<br>BIOMEDICA                      | Disminuir el mal uso de la tecnología biomédica y reducir novedades de seguridad  | EXTREMA                  | ALTA                     |
| BOGOTÁ                    | ATENCION AL<br>PACIENTE<br>HOSPITALIZAD<br>O | Aumento de la posibilidad de Infecciones Asociadas a Sonda Vesical en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos e intermedios                  | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                           |  | Aumento de la posibilidad de Infecciones Asociadas a Catéter Central en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos                              | EXTREMA                  | EXTREMA                  |
|                           |  | Aumento de la posibilidad de Desalojo de dispositivos médicos en la Unidad de Cuidados Intensivos   | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                           |  | Posibilidad de Displasia Broncopulmonar - Neonatos  | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                           |  | Posibilidad de Retinopatía de la prematuridad - Neonatos  | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                           |  | Enterocolitis Necrosante - Neonatos   | EXTREMA                  | EXTREMA                  |
|                           |  | Aumento de posibilidad de Neumonía Asociadas a ventilación mecánica en neonatos   | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                           |  | Aumento de posibilidad de Infecciones Asociadas a dispositivo intravascular en neonatos   | EXTREMA                  | ALTA                     |
| Bogotá                    | REFERENCIA Y<br>CONTRAREFE<br>RENCIA         | Inoportunidad en la referencia y/o aceptación del pacientes   | EXTREMA                  | EXTREMA                  |
|                           |  | Registros incorrectos y/o incompletos de información  | EXTREMA                  | ALTA                     |
| Bogotá                    | HOTELERIA<br>HOSPITALARIA                    | Inadecuado manejo de residuos hospitalarios   | EXTREMA                  | ALTA                     |
| Bogotá                    | ATENCIÓN<br>PACIENTE<br>QUIRURGICO           | Inoportunidad en la programación quirúrgica   | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                           |  | Infecciones del sitio operatorio  | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                           |  | Posibilidad de ejecución de actos inseguros en el procedimiento quirúrgico en sitio equivocado, paciente equivocado, procedimiento equivocado | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                           |  | Probabilidad de Fallas anestésicas  | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                           |  | Perdida del tejido ocular u osteomuscular en pre -trasplante.   | EXTREMA                  | ALTA                     |

*now*

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| UNIDAD<br>FUNCION<br>AL | PROCESO                         | RIESGO   | RIESGO RESIDUAL          |                          |
|-------------------------|---------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
|                         |                                 |  | EVALUACIÓN<br>DEL RIESGO | EVALUACIÓN<br>DEL RIESGO |
|                         |                                 |  | ZONA DE<br>RIESGO        | ZONA DE<br>RIESGO        |
|                         |                                 | Posibles actos inseguros en trasplante   | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                                 | Perdida del tejido ocular u osteomuscular en postrasplante   | EXTREMA                  | ALTA                     |
| Bogotá                  | ATENCIÓN<br>FARMACEUTIC<br>A    | Afectación al paciente por error en la interpretación y transcripción de la fórmula médica para la adecuación de medicamentos y nutriciones parenterales con terceros. | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                                 | Inadecuada dispensación de productos farmacéuticos   | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                                 | Afectación al paciente por la administración de aire medicinal producido en sitio por compresor como producto no conforme.   | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                                 | Detrimiento patrimonial relacionado con productos Farmacéuticos  | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                                 | Ocurrencia de problemas relacionados con medicamentos  | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                                 | Inoportunidad en la gestión novedades de seguridad de farmacovigilancia y tecnovigilancia  | EXTREMA                  | ALTA                     |
| Bogotá                  | FACTURACIÓN<br>Y RECAUDO        | Sobre ejecución de los contratos   | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                                 | Identificación inadecuada del paciente en el sistema de información  | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                                 | Negación del pago de los servicios por autorización  | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                                 | Subfacturación o sobrefacturación  | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                                 | Existencia de Ingresos abiertos en el sistema  | ALTA                     | ALTA                     |
|                         |                                 | inoportunidad en la radicación de facturas   | EXTREMA                  | EXTREMA                  |
| Bogotá                  | GESTIÓN DE<br>LA<br>INFORMACIÓN | Perdida de información   | EXTREMA                  | EXTREMA                  |
|                         |                                 | Publicación de información confidencial del HUS  | EXTREMA                  | EXTREMA                  |
|                         |                                 | Posibilidad de caída de sistemas de información críticos del HUS   | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                                 | Posibilidad de supervisión no adecuada de contratos en cumplimiento de las funciones, que permita omitir sanciones a contratistas                                      | EXTREMA                  | ALTA                     |
| Bogotá                  | JURIDICA                        | Falta concientización de trabajadores para cumplimiento de protocolos prevención de enfermedades infectocontagiosas  | EXTREMA                  | ALTA                     |
| Bogotá                  | INVESTIGACIÓ<br>N               | Utilización de conocimiento científico sin adecuada referenciación (plagio)  | EXTREMA                  | EXTREMA                  |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| UNIDAD<br>FUNCION<br>AL | PROCESO                            | RIESGO  | RIESGO RESIDUAL          |                          |
|-------------------------|------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
|                         |                                    |   | EVALUACIÓN<br>DEL RIESGO | EVALUACIÓN<br>DEL RIESGO |
|                         |                                    |   | ZONA DE<br>RIESGO        | ZONA DE<br>RIESGO        |
|                         |                                    | Lucro a través de la investigación al investigador por parte de multinacionales o casa farmacéuticas con el fin de experimentar con los pacientes que consultan al Hospital Universitario de la Samaritana  | EXTREMA                  | ALTA                     |
| Bogotá                  | APOYO<br>DIAGNOSTICO               | Posibilidad de toma de muestra incorrecta COVID 19  | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                                    | Posibilidad de atención inadecuada del paciente   | ALTA                     | ALTA                     |
|                         |                                    | Posibilidad de generar un reporte de apoyo diagnóstico incorrecto   | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                                    | Posibilidad de generar una inoportunidad en el reporte  | EXTREMA                  | ALTA                     |
| Bogotá                  | Esterilización                     | Inadecuada entrega del material contaminado para el proceso de esterilización   | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                                    | Falta Elementos de protección Personal  | EXTREMA                  | ALTA                     |
| Bogotá                  | Docencia                           | 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 | ALTA                     | ALTA                     |
| Bogotá                  | Atención Ambulatoria               | Posible aumento de la Inasistencia a cita o procedimiento de apoyo diagnóstico o terapéutico programado en Consulta Externa   | ALTA                     | ALTA                     |
| Bogotá                  | Bienes y Servicios                 | Incumplimiento de aspectos ambientales relacionados con la adquisición de bienes o servicios dentro de su ciclo de vida   | EXTREMA                  | ALTA                     |
| Bogotá                  | Atención del Paciente de Urgencias | Posibilidad de inoportunidad de la atención del paciente en el servicio de urgencias  | EXTREMA                  | ALTA                     |
| Bogotá                  | Infraestructura                    | probabilidad de Contagio por COVID de personal propio y contratistas  | EXTREMA                  | ALTA                     |
| Bogotá/Zipaquirá        | Direccionamiento o estratégico     | Comunicación e implementación de acciones estratégicas inoportunas  | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                                    | Incumplimiento del Plan Indicativo y Plan Operativo Anual (POA)   | EXTREMA                  | ALTA                     |

*Handwritten signature/initials*

*Handwritten signature/initials*

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| UNIDAD<br>FUNCION<br>AL | PROCESO                  | RIESGO  | RIESGO<br>RESIDUAL       |                          |
|-------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
|                         |                          |   | EVALUACIÓN<br>DEL RIESGO | EVALUACIÓN<br>DEL RIESGO |
|                         |                          |   | ZONA DE<br>RIESGO        | ZONA DE<br>RIESGO        |
|                         |                          | Calificación Insatisfactoria en el cumplimiento del Plan de Gestión de la vigencia evaluada                         | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                          | Incumplimiento de políticas institucionales y Planes estratégicos, proyectos  | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                          | Incumplimiento de reporte a entidades de vigilancia y control   | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                          | Prestación de servicios sin estar registrados en el REPs  | EXTREMA                  | ALTA                     |
| Bogotá                  | Imágenes<br>Diagnosticas | Posibilidad de extravasación de medio de contraste  | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                          | Inoportunidad de la atención en el proceso de Imágenes Diagnósticas   | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                          | Falta concientización de trabajadores para cumplimiento de protocolos prevención de enfermedades infectocontagiosas | EXTREMA                  | ALTA                     |
| Bogotá                  | Talento Humano           | exposición del personal de la institución a riesgos biológicos  | EXTREMA                  | ALTA                     |
| Bogotá/Zip<br>aquirá    | Gestión de la<br>Calidad | Falta de efectividad en las acciones de mejoramiento  | EXTREMA                  | ALTA                     |
|                         |                          | No inclusión en el PUMP de Oportunidades de mejora derivadas de las diferentes fuentes de mejoramiento              | EXTREMA                  | EXTREMA                  |
|                         |                          | Fuga de información con alto impacto institucional relacionada con las novedades de o externas                      | EXTREMA                  | ALTA                     |

Fuente: sistema de gestión de calidad integrado ALMERA proceso de Direccionamiento Estratégico

La matriz Institucional 2020 registra:

- El cronograma para la ejecución del programa de gestión y Administración del riesgo de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana y sus unidades funcionales (HRZ y UFZ), con fecha 29 de octubre registra un avance del 63.3% de sus actividades registradas.
- El promedio de causas por cada uno de los riesgos identificados es de 5.54.
- Los riesgos institucionales 2020 tienen sistema de riesgo: seguridad del paciente (37), estratégico (27), gestión clínica (8), emergencias y desastres (5), Seguridad y Privacidad de la Información (4), Ambiental (2), Seguridad y Salud en el trabajo (1).
- La tipología de riesgos Institucionales es: Relacionados con la Sangre o sus derivados (14), administrativo (10), Financiero (5), brotes epidemias CIVID 19 (5), corrupción (5), Voz del Usuario (4), biológico (1), Individual (8), Relacionados con la Medicación o Administración de líquidos parenterales (3), Incidentes de seguridad (1), Infección asociadas a la Atención en Salud (1), Información critica (2), legal (2), Relacionados con el Comportamiento o las Creencias del paciente (1), Relacionados con el Laboratorio Clínico o el de Patología (3), Relacionados con Trámites Administrativos para la atención en salud (3),

*Handwritten signature/initials*

*Handwritten signature*

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Relacionados con Fallas en Procesos o Procedimientos Asistenciales (8), Relacionados con Fallas en los Registros Clínicos (1), Relacionados con la administración de Oxígeno o Gases Medicinales (1), Relacionados con le laboratorio Clínico y patología (1), Relacionados con los Dispositivos y Equipos Médicos / Relacionados con la Medicación o Administración de líquidos parenterales (1), Seguridad y privacidad de la información (1),

- La calificación inicial de los riesgos institucionales 2020 están: en zona EXTREMA el 88.1%, el restante 11.9% se encuentra en zona ALTA.
- Aplicado los controles a cada uno de los riesgos se encuentran: en zona EXTREMA el 9.5% y el 90.5% se registran en zona ALTA
- Ninguno de los riesgos institucionales 2020, aplicados los controles se encuentra en zona MODERADA y/o BAJA.
- Diecinueve (19) de los procesos que contienen riesgos Institucionales 2020 están asignados a Bogotá; cuatro (4) de los procesos (Banco de Sangre, Direccionamiento estratégico, Gestión Financiera y Gestión de la Calidad) tienen sus riesgos asignados a la Unidad Funcional Bogotá/ Zipaquirá y el proceso de Tecnología Biomédica tiene asignado su riesgo a las Unidades funcionales Bogotá/ UFZ /HRZ.

Realizada la verificación y comparación de la matriz de riesgos Institucional 2020 y la matriz Institucional de riesgos 2019, se observa:

- Que veinticuatro (24) de los riesgos institucionales de la vigencia 2019, se encuentran también en la matriz institucional 2020.
- Los riesgos institucionales de las vigencias 2019 y 2020 están identificados en 12 procesos institucionales.
- El/Los procesos de Financiera y Direccionamiento estratégico tienen identificados estos riesgos institucionales a la Bogotá/Zipaquirá; los demás procesos (diez) tiene estos riesgos anexos a Bogotá.
- Para los veinticuatro (24) de los riesgos institucionales, en ambas vigencias (2019 y 2020) los riesgos:
  - antes de aplicados los controles se encuentran en zona EXTREMA veintidós (22) riesgos y dos (2) en zona ALTA,
  - aplicados los controles, en zona EXTREMA identifican veintidós (22) y zona ALTA dos (2) riesgos, para ambas vigencias.

Lo descrito anteriormente se encuentra registrado en la tabla siguiente:

| UNIDAD FUNCIONAL   | PROCESO                        | RIESGO  | ZONA DE RIESGO    | ZONA DE RIESGO    |
|--------------------|--------------------------------|---|-------------------|-------------------|
|                    |                                |   | 2020              | 2019              |
| Bogotá / Zipaquirá | Financiera                     | Baja o nula rentabilidad                                    | EXTREMA A ALTA    | EXTREMA A EXTREMA |
|                    |                                | No pago de obligaciones suscritas mediante pagaré           | EXTREMA A ALTA    | EXTREMA A EXTREMA |
| Bogotá             | Referencia y contrarreferencia | Inoportunidad en la referencia y/o aceptación del pacientes | EXTREMA A EXTREMA | EXTREMA A EXTREMA |
|                    |                                | Registros incorrectos y/o incompletos de información        | EXTREMA A ALTA    | EXTREMA A ALTA    |
| Bogotá             | Hostelería hospitalaria        | Inadecuado manejo de residuos hospitalarios                 | EXTREMA A ALTA    | EXTREMA A ALTA    |
| Bogotá             | Atención paciente quirúrgico   | Inoportunidad en la programación quirúrgica                 | EXTREMA A ALTA    | EXTREMA A ALTA    |
|                    |                                | Infecciones del sitio operatorio                            | EXTREMA A ALTA    | EXTREMA A ALTA    |

*Handwritten signature/initials*

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
 INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| UNIDAD FUNCIONAL | PROCESO                            | RIESGO   | ZONA DE RIESGO    | ZONA DE RIESGO     |
|------------------|------------------------------------|--|-------------------|--------------------|
|                  |                                    |  | 2020              | 2019               |
|                  |                                    | Posibilidad de ejecución de actos inseguros en el procedimiento quirúrgico en sitio equivocado, paciente equivocado, procedimiento equivocado                          | EXTREMA A ALTA    | EXTREMA A ALTA     |
| Bogotá           | Atención farmacéutica              | Afectación al paciente por error en la interpretación y transcripción de la fórmula médica para la adecuación de medicamentos y nutriciones parenterales con terceros. | EXTREMA A ALTA    | EXTREMA A ALTA     |
|                  |                                    | Inadecuada dispensación de productos farmacéuticos   | EXTREMA A ALTA    | EXTREMA A ALTA     |
|                  |                                    | Ocurrencia de problemas relacionados con medicamentos  | EXTREMA A ALTA    | EXTREMA A ALTA     |
| Bogotá           | Facturación y Recaudo              | Identificación inadecuada del paciente en el sistema de información  | EXTREMA A ALTA    | EXTREMA A ALTA     |
|                  |                                    | Negación del pago de los servicios por autorización  | EXTREMA A ALTA    | EXTREMA A ALTA     |
| Bogotá           | Gestión de la información          | Perdida de información   | EXTREMA A EXTREMA | EXTREMA A EXTREMA  |
|                  |                                    | Publicación de información confidencial del HUS  | EXTREMA A EXTREMA | EXTREMA A EXTREMA  |
| Bogotá           | Apoyo Diagnóstico                  | Posibilidad de atención inadecuada del paciente  | ALTA A ALTA       | ALTA A ALTA        |
|                  |                                    | Posibilidad de generar un reporte de apoyo diagnóstico incorrecto  | EXTREMA A ALTA    | EXTREMA A ALTA     |
|                  |                                    | Posibilidad de generar una inoportunidad en el reporte   | EXTREMA A ALTA    | EXTREMA A ALTA     |
| Bogotá           | Atención Ambulatoria               | Posible aumento de la inasistencia a cita o procedimiento de apoyo diagnóstico o terapéutico programado en Consulta Externa  | ALTA A ALTA       | ALTA A ALTA        |
| Bogotá           | Atención del Paciente de Urgencias | Posibilidad de inoportunidad de la atención del paciente en el servicio de urgencias   | EXTREMA A ALTA    | EXTREMA A MODERADA |
| Bogotá/Zipaquirá | Direccionamiento estratégico       | Comunicación e implementación de acciones estratégicas inoportunas   | EXTREMA A ALTA    | EXTREMA A ALTA     |
|                  |                                    | Incumplimiento del Plan Indicativo y Plan Operativo Anual (POA)  | EXTREMA A ALTA    | EXTREMA A ALTA     |
| Bogotá           | Imágenes Diagnósticas              | Posibilidad de extravasación de medio de contraste   | EXTREMA A ALTA    | EXTREMA A ALTA     |
|                  |                                    | Inoportunidad de la atención en el proceso de Imágenes Diagnósticas  | EXTREMA A ALTA    | EXTREMA A ALTA     |

*Qwen*

VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Fuente: sistema de gestión de calidad integrado ALMERA proceso de Direccionamiento Estratégico

## CONCLUSIONES

No se evidencia metodología con la cual se priorizaron los riesgos para establecer los mapas de calor para determinar la matriz de riesgos Institucionales y el establecimiento de la matriz de riesgos institucional.

El 44% de los riesgos institucionales 2020 tienen sistema seguridad del paciente, el 32.1% sistema de riesgo estratégico, el 9.5% gestión clínica (8), otros el 14.2%.

La tipología del riesgo está distribuida en veintidós (22) tipologías, las más sobresalientes están: Relacionados con la Sangre o sus derivados el 16.67%, administrativos el 11.9% Financieros, individual y Relacionados con Fallas en Procesos o Procedimientos Asistenciales el 9.52% cada uno, otros 42.8%.

Siendo la matriz de Riesgos Institucional 2020, la Unidad funcional de los riesgos institucionales no está relacionada con el desarrollo y aplicabilidad de los procesos, como ejemplo de lo anterior están:

- El proceso banco de sangre realiza sus actividades y ejecución de sus actividades extramurales coordinadas, todas, desde Bogotá; no aplica para Zipaquirá.
- El proceso de Facturación y recaudo registrado para la unidad Funcional Bogotá, aplica en todo lo referente a facturación, identificación inadecuada del paciente aplica para Bogotá, UFZ y HRZ.
- Los riesgos de los procesos de hotelería Hospitalaria, referencia y contrarreferencia, atención al paciente Quirúrgico, esterilización, atención farmacéutica, apoyo diagnóstico, imágenes diagnósticas, atención ambulatoria, atención al paciente de urgencias, atención al usuario y su familia, entre otros, aplican para Bogotá /Zipaquirá.

Algunos riesgos identificados y registrados para únicamente un proceso son riesgos que al ser identificados son transversales a los procesos, algunos de ellos:

- ▽ Perdida de información
- ▽ Posibilidad de caída de sistemas de información críticos del HUS
- ▽ Posibilidad de supervisión no adecuada de contratos en cumplimiento de las funciones, que permita omitir sanciones a contratistas.
- ▽ probabilidad de Contagio por COVID de personal propio y contratistas.
- ▽ Falta concientización de trabajadores para cumplimiento de protocolos prevención de enfermedades infectocontagiosas.

La matriz de riesgos institucional 2020, en cuanto a la zona de riesgos se encuentran antes de aplicado los controles y después de aplicados los controles en zona EXTREMA Y ALTA.

Verificadas y comparadas las matrices de riesgos institucionales de la vigencia 2019 y 2020 se observó:

- Veinticuatro (24) riesgos institucionales se evidencian en ambas vigencias.
- De los veinticuatro (24) riesgos institucionales, la zona de riesgo antes de aplicado el /los controles están en zona EXTREMA Y ALTA; aplicado los controles se evidencian en las mismas zonas; para ambas vigencias las zonas de riesgos son idénticas.

La Contraloría de Cundinamarca dentro de la Auditoría Gubernamental con enfoque integral, modalidad integral vigencia 2019 hace alusión al 'inventario de riesgos y acciones para mitigación....



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

### ACTIVIDADES DE CONTROL<sup>3</sup>

Las políticas y procedimientos y las actividades que forman parte de un control bien diseñado y operado para asegurar que los riesgos estén mitigados al nivel institucional, desarrollados en todos los niveles de la E.S.E., en todos los veintisiete procesos sobre un entorno con controles preventivos y detectivos y que abarca un gran número de ACTIVIDADES manuales y/o automatizadas (autorizaciones, aprobaciones, conciliaciones, evaluaciones de desempeño, etc.), se manifiesta con controles efectivos, evaluación de la efectividad y eficiencia de los controles, promoviendo así la mejora continua.

La actitud, la formación, la comunicación y las acciones de la línea estratégica -Directivos, Comité Directivo, Comité de gestión y desempeño de la E.S.E., Comité Institucional de Control Interno -, respecto a la importancia, la responsabilidad y comprender los valores agregados a la calidad del control dentro de la E.S.E. aseguran el logro de los objetivos y que los riesgos de los procesos cuenten con controles bien diseñados.

El monitoreo, la asesoría permanente de servidores públicos con el/los perfiles requeridos y la supervisión, aseguran que los controles operen como se requieren y que sean modificados apropiadamente de acuerdo con la oportunidad, a las observaciones o desviaciones resultantes de la ejecución y a los cambios que se generen en los procesos de la E.S.E.

La matriz de riesgos institucionales 2020, cuenta con:

- ∇ Los riesgos institucionales 2020, ochenta y cuatro (84) registran cuatrocientos sesenta y seis (466) causas de riesgos lo que indica que por cada riesgo institucional hay 5.55 causas; lo que indicaría que deben describirse y diseñarse igual número de controles.
- ∇ En la matriz de riesgos institucionales se consignan ciento ochenta y ocho (188) controles, en promedio por cada riesgo de la matriz institucional se observan 2.24 controles y por cada causa solamente el 0.4 veces de control.
- ∇ De la totalidad de los controles para los riesgos institucionales ciento sesenta (160), el 85% describen con un nombre al control; el restante 15%, veintiocho (28) controles, aun cuando cuenta con diseño el control, no figura el nombre del control.

### EVALUACION DE LOS CONTROLES

Las actividades de control<sup>4</sup> como acciones establecidas a través de políticas y procedimientos deben contribuir a garantizar que se lleven a cabo las directrices establecidas por la E.S.E. para mitigar los riesgos que inciden en el cumplimiento de los objetivos.

La actividad de control debe por si sola mitigar o tratar la causa del riesgo y ejecutarse con la frecuencia establecida, por lo que **CADA CAUSA DEBE TENER SU ACTIVIDAD DE CONTROL**. Por lo que la matriz institucional 2020

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> CONTROL PREVENTIVO: Este control intenta evitar la ocurrencia de los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos.

CONTROL DETECTIVO: Diseñado para identificar un evento o resultado no previsto después de que se haya producido. Buscan detectar la situación no deseada para que se corrija y se tomen las acciones una seguridad razonable de que alcanzar los objetivos y metas. correspondientes.

Fuente: DAFP



OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

cuenta con 84 riesgos, cuenta con cuatrocientos sesenta y seis causas (466) y debería contar con iguales número de controles, la matriz vigente cuenta con ciento ochenta y ocho (188) controles.

Conforme la metodología aplicada para los riesgos y controles publicada por la Función pública<sup>5</sup>, el diseño de las actividades de control de la matriz de riesgos institucional de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana se avalúan las siguientes variables del diseño de las actividades de control:

- ✓ Nombre del control
- ✓ Tipo de control
- ✓ Responsable de realizar la actividad de control
- ✓ Periodicidad definida para su ejecución
- ✓ Propósito del control
- ✓ Como se realiza la actividad de control
- ✓ Qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de la ejecución
- ✓ Evidencia de la ejecución

Y su resultado por cada uno de los controles (ciento ochenta y ocho) establecidos para los riesgos es como sigue a continuación:

#### Nombre del control

De la totalidad de los controles para los riesgos institucionales 2020, ciento sesenta (160), el 85% describen con un nombre el control; el restante 15%, veintiocho (28) controles a los riesgos institucionales 2020, aun cuando cuentan con diseño el control, no cuentan con el nombre del control.

#### Tipo de control

Todos los controles a los riesgos institucionales 2020, cuentan con tipo de control; ciento cuarenta y uno (141), el 75% son preventivos, 44 controles son Detectivos, el 23.4% y otros el 1.6%.

#### Responsable de realizar la actividad de control

*Cada Control Debe tener definido el responsable de llevar a cabo la ACTIVIDAD de control, debe tener la autoridad, competencias y conocimientos para ejecutar el control dentro el proceso.*

Observada las matriz de riesgos Institucional 2020, en cuanto al responsable, se encuentra que en el diseño del control se cumple mínimamente, pues solamente el 4.2% tienen definido el responsable conforme se define en la metodología adoptada por la E.S.E.; los restantes ciento ochenta controles establecen como responsables Profesionales, Trabajadores en Misión, asociados, que aun cuando cuentan con conocimientos y competencias, servidores públicos, por cuanto realizan funciones públicas, no tienen la autoridad que define la metodología y el cargo con el que se le denomina en el diseño no se encuentra registrado en la estructura y organización de la planta de personal de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, algunos ejemplos son:

Para la Colaboradores, promotor, auxiliares de enfermería, colaboradores de Bacteriología, Profesional en costos, auxiliar de admisiones, técnico de recaudo, auxiliar de Contabilidad, Las fisioterapeutas, el especialista de cuidado Intensivo y cuidados intermedios, Informadora y orientadora, medico / personal paramédico, el equipo de enfermería, auxiliar de hotelería, referente del programa de trasplantes, Auditor de Historia clínicas, químico farmacéutico de turno, técnico auxiliar de servicio farmacéuticos, revisor de cuentas medicas HRZ, líder de facturación HRZ, líder de gestión documental, líder de comunicaciones,

En otros controles el responsable del control se asigna en múltiples servidores públicos, lo que desvanece y desaparece la responsabilidad para ejecutar el control, la ilustración de otros algunos ejemplos son:

<sup>5</sup> Guía de Autoevaluación de Riesgos en el sector público

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

El equipo de salud, miembros del equipo de salud, Personal Asistencial, la enfermeras, médicos y enfermeras, Comité quirúrgico, comité de infecciones, equipo quirúrgico, Farmacia, Farmacéuticos responsables del programa de seguimiento farmacoterapéutico, comité de ética en investigación del HUS, personal asistencial, Personal administrativo, el área de comunicaciones, el gerente los directores y jefes de oficinas asesoras, staf Directivo.

**Periodicidad definida para su ejecución**

*Debe tener una periodicidad definida para su ejecución. El control debe tener una periodicidad específica para su realización (diario, mensual, trimestral, anual, etc.) y su ejecución debe ser consistente y oportuna para la mitigación del riesgo. Todos los controles deben tener una periodicidad específica.*

Lo mismo que en el establecimiento del responsable, variable número 1 su cumplimiento es bajo, en el 36.7% se establece la periodicidad conforme a la definición y en el 63.3% no se concreta la periodicidad, específica, ejemplo de esto último es:

cada vez que la normatividad lo solicite, en el momento de alistar al paciente para la toma de estudio, al detectar la extravasación de medio de contraste en el paciente, al momento de evidenciar una orden medica pendiente de programar, una vez esté lista la muestra para procesar o lectura, cuando se detecte un error en el procesamiento y lectura de muestras, cada vez que se tomen muestras, cada vez que se atiende al paciente, cada vez que se requiere parametrizar un plan de beneficios, cada vez que se requiera, durante la atención, durante la estancia del paciente en la UCI intermedio, cada vez que se recepciona una petición, por evento.

**Propósito del control**

Debe indicar cuál es el propósito del control. El control debe tener un propósito que indique para qué se realiza, y que ese propósito conlleve a PREVENIR LAS CAUSAS que generan el riesgo (verificar, validar, conciliar, comparar, revisar, cotejar) o detectar la materialización del riesgo, con el objetivo de llevar acabo los ajustes y correctivos en el diseño del control o en su ejecución.

Siendo el propósito lo que conlleva a prevenir la materialización del riesgo de corrupción o alertar en el momento en que se está materializando el riesgo de corrupción, es necesario señalar que en el 45.75% de los controles tienen directamente un propósito del control enunciado, el 54.25% no tienen definido el propósito del control y no esta afin a cada una de las causas de los riesgos de la matriz de riesgos institucional 2020.

**Como se realiza la actividad de control**

*Debe establecer el cómo se realiza la actividad de control. El control debe indicar el cómo se realiza, de tal forma que se pueda evaluar si la fuente u origen de la información que sirve para ejecutar la ACTIVIDAD del control y si es confiable para la mitigación del riesgo. Cuando estemos evaluando el control debemos preguntarnos si la fuente de información utilizada es confiable.*

Verificada la variable y con la información registrada en los controles frente a lo establecido en la Guía de Administración del riesgo y diseño de controles, se encuentra que el 6.91% de cómo se realiza la ACTIVIDAD del control se perfila dentro de los lineamientos de la Guía, el restante 91.49% de como realiza la ACTIVIDAD de control registra el cómo lo realiza, con párrafos como los siguiente: 01BS03 Promoción para la captación de donantes, 01BS04 Campaña extramural y 02bs01 Selección y Atención de Donantes, 01BS05 Selección de Donantes de Sangre; Capacitación y entrenamiento del personal, Inducción y entrenamiento, Estandarización y supervisión de procedimientos, Supervisión de procesos, Lista de chequeo y Solicitud del Hemocomponente, se adhiere al protocolo de manejo de catéter central; utilizando todas las barreras físicas y adhiriéndose al protocolo de lavado de manos y aislamiento según sea el caso; protocolo de toma de gases venosos y lavado de manos, se adherirán a los protocolos de traslado de los pacientes estipulado por el hospital; El hospital cuenta con un área exclusiva para la extracción de leche materna así como su almacenamiento en neveras con los controles de tiempo de acuerdo a lo estipulado en el manual del lactario y se asegura la cadena de frío. Además se cuenta con controles de limpieza y desinfección; Según el procedimiento "02RC02 remisiones comentadas al HUS"; cumplimiento del PGIRHS y el procedimiento de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios; según paquete instruccional

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



**VERSIÓN: 1.0**

**FORMATO: INFORME...**

**CODIGO DEL DOCUMENTO:**

de "MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS"; 02GC08 Evaluación calidad del diligenciamiento de historia clínica; Según procedimiento 02AF07 ADECUACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA Y NUTRICIONES PARENTERALES POR PROVEEDOR EXTERNO; Matriz de Capacitaciones del Servicios Farmacéutico - Formato del área de Talento Humano Necesidades de Capacitaciones; Instructivo de reporte de novedades de seguridad del paciente 08GC04; Procedimiento Facturación y atención al paciente 02AD03, Facturación de servicios de Salud 02FR08; Procedimiento procesamiento análisis y reporte de resultados 02AD10, correlación y validación de resultados 03AD16; Matriz de EPP 05TH74-V1; Actualización de documentos (Formato y Procedimiento evaluación de proveedores, Formatos estudio previo); lineado a Guías, procedimientos, protocolos, etc: Código del procedimiento; Mediante auditoria de campo que incluya revisión de programa de auditorias e informes. Todo lo anterior, entre otras establecidas para los controles de los riesgos institucionales 2020 NO responde a como se realiza la ACTIVIDAD del control.

**Qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de la ejecución**

*Debe indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control. Al momento de evaluar si un control está bien diseñado para mitigar el riesgo, si como resultado de un control preventivo se observan diferencias o aspectos que no se cumplen, la actividad no debería continuarse hasta que se subsane la situación o si es un control que detecta una posible materialización de un riesgo, deberían gestionarse de manera oportuna los correctivos o aclaraciones a las diferencias presentadas u observaciones.*

Con lo definido en el párrafo anterior y aplicado a la variable **Qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de la ejecución**, en ninguno de los controles se evidenció las observaciones o desviaciones de los controles; todos los controles encaminaron esta variable a expresar lo que realizan para subsanar el no acatamiento del control.

**Evidencia de la ejecución**

*Debe dejar evidencia de la ejecución del control. Esta evidencia ayuda a que se pueda revisar la misma información por parte de un tercero y llegue a la misma conclusión de quien ejecutó el control y se pueda evaluar que el control realmente fue ejecutado de acuerdo con los parámetros establecidos y descritos anteriormente.*

Aun cuando todos los controles de los riesgos institucionales 2020 cuentan con evidencia, se observó que el 22.9% cuentan con una evidencia de una ACTIVIDAD de control, los restantes 77.1% de los controles, aun cuando cuentan con evidencia no cumple con lo definido, algunos ejemplos son:

- La evidencia de la ACTIVIDAD de control 'Controlar la descarga de información del reporte de novedades' es el 'Manejo exclusivo de clave para realizar la descarga de reportes'.
- La evidencia de la ACTIVIDAD de control 'Socializa los lineamientos gerenciales en la página WEB y en la intranet, a través del uso de pantallas Touch' la evidencia registrada es 'Informe de Planeación y soportes del cumplimiento de las metas'
- La evidencia de la ACTIVIDAD de control 'Verifica con informe médico' tiene como evidencia 'Formato Acta entrega de turno código 05PU03 Entrega de turno de Urgencias'.

A lo anterior se precisa que en ningún de los controles establecidos para los riesgos Institucionales 2020 se puede establecer como evidencia la HISTORIA CLINICA, ya que este documento como lo establece la normatividad es de CONFIDENCIAL.

Una vez verificada cada una de las variables del diseño de los controles de los riesgos de la matriz Institucional 2020 se realizó el análisis y evaluación de los controles para la mitigación del riesgo, conforme con la metodología y se obtuvo el siguiente resultado:

| CRITERIO DE EVALUACION | ASPECTO A EVALUAR EN EL DISEÑO | EVALUACION |
|------------------------|--------------------------------|------------|
|------------------------|--------------------------------|------------|

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| CRITERIO DE EVALUACION                       | ASPECTO A EVALUAR EN EL DISEÑO  | EVALUACION  |
|--|---|---|
| Responsable                                  | Existe un responsable asignado a la ejecución del control   | Asignado  |
|  | El responsable tiene autoridad y adecuada segregación de funciones en la ejecución del control.   | Inadecuado  |
| Periodicidad                                 | La oportunidad en que se ejecuta el control ayuda a prevenir la mitigación del riesgo o a detectar la materialización del riesgo de manera oportuna.  | Inoportuna  |
| Propósito                                    | Las actividades que se desarrollan en el control realmente buscan por sí sola prevenir o detectar las causas que pueden dar origen al riesgo (ejemplo: verificar, validar, cotejar, comparar, revisar...) | No es una actividad de control  |
| Como se realiza la actividad de Control      | La fuente de información que se utiliza en el desarrollo de control es información confiable que permite mitigar el riesgo  | No confiable  |
| Que pasa con las observaciones, desviaciones | Las observaciones, desviaciones o diferencias identificadas como resultados de la ejecución del control son investigadas y resueltas de manera oportuna   | Se desconocen, por lo tanto no se investigan ni se resuelven oportunamente. |
| Evidencia de la ejecución del Control        | Se deja evidencia o rastro de la ejecución del control, que permita a cualquier tercero con la evidencia, llegar a la misma conclusión.   | Incompleta  |

Hecha la evaluación conforme los aspectos evaluados en el diseño del control, establecido en la tabla anterior se realiza la valoración entregada por la Función pública en su publicación de octubre de 2019 se instaura la siguiente valoración de los controles:

| CRITERIO DE EVALUACION                       | EVALUACION  | PESO DE LA EVALUACIÓN |
|--|---|-----------------------|
| Responsable                                  | Asignado  | 1                     |
| Segregación de autoridad del responsable     | Inadecuado  |                       |
| periodicidad                                 | Inoportuna  | 6                     |
| Propósito                                    | No es una ACTIVIDAD de control  | 7                     |
| Como se realiza la actividad de Control      | No confiable  | 1                     |
| Qué pasa con las observaciones, desviaciones | Se desconocen, por lo tanto no se investigan ni se resuelven oportunamente. | 0                     |
| Evidencia de la ejecución del Control        | Incompleta  | 4                     |

Los rangos - calificación del diseño y criterios de evaluación, según lo establece la Función pública una vez valorado el diseño y la ejecución es así:

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RANGO<br>CALIFICACIÓN DEL<br>DISEÑO | DISEÑO  | EJECUCIÓN   |
|-------------------------------------|---|---|
|                                     | OPCION DE RESPUESTA AL CRITERIO DE EVALUACIÓN |   |
| Fuerte                              | Calificación entre 95 y 100                   | El control se ejecuta de manera consistente por parte del responsable |
| Moderado                            | Calificación entre 86 y 94                    | El control se ejecuta algunas veces por parte del responsable         |
| débil                               | Calificación entre 0 y 85                     | El control no se ejecuta por parte del responsable                    |

Fuente: Documento Función Pública

La sumatoria de los criterios de evaluación para el diseño de los controles de la matriz de riesgos Institucional 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana tiene una calificación entre el rango 0 y 85, por lo que el rango de calificación del diseño es DEBIL.

**CONCLUSIONES**

Conforme con la metodología y Analizados y Evaluados los controles de la matriz de riesgos institucionales 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, se establece que el rango de calificación del diseño es **DÉBIL**.

En el Anexo al presente documento se realizó un comparativo de los controles a los veinticuatro (24) de los riesgos Institucionales contenidos en las matrices de las vigencias 2019 y 2020 evidenciando como particularidades que los controles y su diseño es exactamente igual, para las vigencias 2019 y 2020; las zonas de riesgo en ambas vigencias, en la que se encuentran estos riesgos Institucionales, es idéntica para ambas vigencias. Lo que concluye que no hay monitoreo, análisis ni evaluación por parte de los responsables de los procesos y los competentes para la asesoría de riesgos y controles; ya que si hecha la evaluación el/los controles no son efectivos y eficientes deberían cambiarse y/o adoptarse ó tomarse medidas para hacer efectivos y eficientes los controles.

**RECOMENDACIONES**

Se recomienda tener en cuenta la importancia de la metodología de Administración de los riesgos ya que la E.S.E. debe cumplir su Misión, mediante objetivos institucionales, los cuales se desarrollan a partir del diseño y ejecución de los diferentes planes, programas y proyectos. El cumplimiento de los objetivos puede verse afectado por la existencia de riesgos, razón por la cual se hace necesario contar con acciones específicas para administrarlos dentro de la E.S.E.. El adecuado manejo de los riesgos beneficia el desarrollo de la Institución.

Se recomienda que para el éxito y adecuada administración de los riesgos es indispensable el compromiso de las Directivas, la línea estratégica representada en el Comité Directivo, Comité de gestión y desempeño Institucional, Comité Institucional de Control Interno, promover una cultura de identificación y prevención de riesgos, así como definir directrices concretas y aplicadas en la Administración de los riesgos.

Se recomienda conformar un equipo responsable de la implementación del programa de Gestión y administración del riesgo, el cual debe estar conformado por servidores públicos que cuenten con los conocimientos suficientes sobre la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana, sobre el Control Interno de la E.S.E., sobre la Administración de riegos, que facilite la identificación, evaluación, análisis, respuesta, monitoreo, y comunicación de los riesgos; esto con el fin de construir una mapa y la matriz de riesgos Institucionales de la vigencia 2021.

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

Una vez que se cuente con un equipo responsable del programa de Gestión y administración del riesgo, debe capacitarse a sus integrantes en la identificación de riesgos, evaluación y análisis de los riesgos, priorización de los riesgos, tratamiento de los riesgos, evaluación del costo-beneficio, diseño, evaluación y monitoreo de los controles, plan (es) de mitigación y su implementación, necesarios para la gestión Institucional..

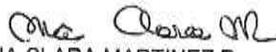
Aun cuando el diseño de las ACTIVIDADES a los controles se encuentre registrado en la matriz de riesgos Institucionales 2020, deben desarrollarse, redactarse de una manera consistente, bien diseñadas las ACTIVIDADES, la primera línea de defensa deberá asegurarse de que se ejecute la ACTIVIDAD DE CONTROL.

Se recomienda dar claridad sobre los riesgos versus eventos adversos, porque de esta forma de manera permanente se están materializando los riesgos de la matriz institucional 2019 y 2020 de la E.S.E.

Se reiteran las recomendaciones del informe de Auditoria de riesgos y controles de la vigencia 2019, de la misma forma generar los planes de mejoramiento pertinentes.

Siendo el compromiso de la Oficina de Control Interno de realizar seguimiento a LOS RIESGOS DE GESTION, DE CORRUPCION y de SEGURIDAD DIGITAL, asociados a los objetivos estratégicos, durante la presente vigencia se realizó seguimiento a los RIESGOS DE GESTION, DE CORRUPCION, no se evidencio matriz de riesgos de SEGURIDAD DIGITAL en la presente Vigencia. La Única referencia de la matriz de riesgos de SEGURIDAD DIGITAL está en la pregunta de la encuesta de percepción, 'La Estrategia de GOBIERNO DIGITAL, el modelo de seguridad y privacidad de la información - MSPI y el procedimiento de la gestión de riesgos de seguridad digital (Identificación, Análisis, Evaluación y Tratamiento) han sido diseñados y evaluados en su proceso? en donde los indicadores de respuesta son: El 27.87% de los encuestados responde afirmativamente, el 32.40% negativamente y el 39.72% responde N/A.

  
YETICA HERNANDEZ A.  
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

  
MARIA CLARA MARTINEZ R.  
Profesional Especializado Control Interno

Diciembre 30 de 2020

ANEXO No. 1  
COMPARATIVO DE RIESGOS Y CONTROLES VIGENCIAS 2019 Y 2020

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO                      | CONTROL   | RESPONSE<br>BLE 2020      | PERIODICIDAD<br>DAD 2020   | PROPOSITO DEL<br>CONTRO<br>L 2020  | COMO<br>REALIZA<br>LA<br>ACTIVIDAD DE<br>CONTROL<br>2020    | OBSERVACIONES O<br>DESVIACIONES<br>RESULTANTES<br>DE LA<br>EJECUCIÓN<br>N 2020   | EVIDENCIA<br>DE LA<br>EJECUCIÓN<br>N 2020   | RIESGO<br>2019           | CONTROL 2019   | RESPONSABLE<br>2019       | PERIODICIDAD<br>DAD 2019   | PROPOSITO DEL<br>CONTROL<br>2019   | COMO<br>REALIZA<br>LA<br>ACTIVIDAD DE<br>CONTROL<br>2019    | OBSERVACIONES O<br>DESVIACIONES<br>RESULTANTES<br>DE LA<br>EJECUCIÓN<br>N 2019  | EVIDENCIA<br>DE LA<br>EJECUCIÓN<br>N 2019  |
|-----------------------------|---|---------------------------|--|--|---|--|---|--------------------------|--|---------------------------|--|--|---|---|--|
| 1. Baja o nula rentabilidad | VERIFICACIÓN DE RENTABILIDAD POR ÁREAS verifica los registros contables en el módulo costos | El Profesional de costos, | finaliza el mes y se reciben los archivos que contienen los datos para elaborar el informe trimestral de costos. | obtener y publicar en Almera la información de rentabilidad de cada uno de los centros y departamentos médicos para que dichas áreas analicen su comportamiento y se proceda a la toma de decisiones | Aplicando el procedimiento de Contabilidad de costos 02GF06 | Durante la auditoría al generar el informe de costos se efectúa ajuste en el módulo de costos contra el estado de resultados por hallazgos identificados junto con las áreas involucradas s. | Informes de costos en formato Excel y Word, publicación de indicadores por área en ALMERA | Baja o nula rentabilidad | VERIFICACIÓN DE RENTABILIDAD POR ÁREAS verificación de los registros contables en el módulo costos | El Profesional de costos, | finaliza el mes y se reciben los archivos que contienen los datos para elaborar el informe trimestral de costos. | obtener y publicar en el TUCI la información de rentabilidad de cada uno de los centros y departamentos médicos para revisar su comportamiento y la posterior toma de decisiones | Aplicando el procedimiento de Contabilidad de costos 02GF06 | Desviación del Control: Durante la auditoría al generar el informe de costos se efectúa ajuste en el módulo de costos contra el estado de resultados por hallazgos identificados junto con las áreas involucradas s | Medio de Verificación: Informes de costos en formato Excel y Word y publicación de indicador de área en el TUCI. |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO  | CONTROL | RESPONSABLE 2020                                  | PERIODICIDAD 2020             | PROPOSITO DEL CONTROL 2020  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020   | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DEL EJECUCIÓN N 2020  | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020  | RIESGO 2019 | CONTROL 2019  | RESPONSABLE 2019                                  | PERIODICIDAD 2019             | PROPOSITO DEL CONTROL 2019  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019   | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DEL EJECUCIÓN N 2019  | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019  |
|---|---------|---|-------------------------------|---|---|--|---|-------------|---|---|-------------------------------|---|---|--|---|
|   |         |   |                               |   |   | <p>Se pone en conocimiento de la alta dirección para que tome las acciones correctivas necesarias para mejorar el desempeño de las áreas involucradas.</p> |   |             |   |   |                               |   |   |  |   |
| SEGUIMIENTO DE RESULTADOS DE RENTABILIDAD EN COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD CONTABLE Y FINANCIERO |         | El Comité de Sostenibilidad Contable y Financiero | realiza la reunión del comité | toma de decisiones frente al resultado de rentabilidad que genera cada proceso y verificación de que los gastos y costo sean proporcionales con las ventas. | el profesional de costos presenta el cuadro de costos, gastos y ventas comparados. Aplicando el procedimiento de Contabilidad de costos 02/CF06 | <p>Se pone en conocimiento de la alta dirección para que tome las acciones correctivas necesarias para mejorar el desempeño de las áreas involucradas.</p> | Acta de presentación en el comité de sostenibilidad contable con compromisos para las áreas asistenciales y administrativas |             | SEGUIMIENTO DE RESULTADOS DE RENTABILIDAD EN COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD CONTABLE Y FINANCIERO analiza trimestralmente el informe de costos por procesos | El Comité de Sostenibilidad Contable y Financiero | realiza la reunión del comité | toma de decisiones frente al resultado de rentabilidad que genera cada proceso y verificación de que los gastos y costo sean proporcionales con las ventas. | el profesional de costos presenta el cuadro de costos, gastos y ventas comparados. Aplicando el procedimiento de Contabilidad de costos 02/CF06 | <p>Se pone en conocimiento de la alta dirección para que tome las acciones correctivas necesarias para mejorar el desempeño de las áreas involucradas.</p> | Acta de presentación en el comité de sostenibilidad contable con compromisos para las áreas asistenciales y administrativas |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
 INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO  | CONTROL  | RESPONSEABLE 2020  | PERIODICIDAD 2020  | PROPOSITO DEL CONTROL 2020  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020  | OBSERVACIONES O RESULTANTES DEL EJECUCIO N 2020                                | EVIDENCIA DE LA EJECUCIO N 2020  | RIESGO 2019                                     | CONTROL 2019   | RESPONSABLE 2019   | PERIODICIDAD 2019  | PROPOSITO DEL CONTROL 2019  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019  | OBSERVACIONES O RESULTANTES DEL EJECUCIO N 2019                                | EVIDENCIA DE LA EJECUCIO N 2019  |
|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|
| 13. No pago de obligacion suscritas mediante pagaré | SEGUIMIENTO AL USUARIO PARTICULAR O SIN SEGURIDAD SOCIAL PARA GESTIÓN DE PAGOS | Auxiliar de admisiones, técnico recaudador y trabajador social, funcionario de caja de urgencias | al ingreso del paciente informando los costos que le puede generar la atención | obtener una garantía legal y ejecutable del valor adeudado por el paciente a la institución por servicios prestados | trabajo conjunto entre facturador, cajero, trabajador social y autorizador de acuerdo a lo establecido en el procedimiento 02GF20 gestión de recaudo | Se realizan las investigaciones correspondientes para identificar responsables | Pagarés diligenciados con sus respectivos soportes según procedimiento establecido | No pago de obligacion suscritas mediante pagaré | SEGUIMIENTO AL USUARIO PARTICULAR O SIN SEGURIDAD SOCIAL PARA GESTIÓN DE PAGOS | Auxiliar de admisiones, técnico recaudador y trabajador social, funcionario de caja de urgencias | al ingreso del paciente informando los costos que le puede generar la atención | obtener una garantía legal y ejecutable del valor adeudado por el paciente a la institución por servicios prestados | trabajo conjunto entre facturador, cajero, trabajador social y autorizador de acuerdo a lo establecido en el procedimiento 02GF20 gestión de recaudo | Se realizan las investigaciones correspondientes para identificar responsables | Pagarés diligenciados con sus respectivos soportes según procedimiento establecido |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO | CONTROL   | RESPONSABLE 2020         | PERIODICIDAD 2020 | PROPOSITO DEL CONTROL 2020   | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020       | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN N 2020    | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020       | RIESGO 2019 | CONTROL 2019  | RESPONSABLE 2019         | PERIODICIDAD 2019 | PROPOSITO DEL CONTROL 2019   | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019       | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN N 2019    | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019       |
|--------|---|--------------------------|-------------------|--|---|--|--|-------------|---|--------------------------|-------------------|--|---|--|--|
|        | responsable en turno administrativo o según corresponda   |                          |                   |  |   |  |  |             |   |                          |                   |  |   |  |  |
|        | NOTIFICACIÓN A DEUDORES POR PAGARES FIRMADOS Circulariza a cada uno de los deudores de pagarés labor de Gestión de recaudo para lograr pagos por servicios prestados constitución garantía de pago 02GF20 | Auxiliar de contabilidad | Semestralmente    | para lograr el recaudo de los recursos por concepto de cuotas de recuperación o pago de servicios a los usuarios | mediante oficio de cobro por correo certificado | Notificación al responsable por ausencia de seguimiento al recaudo | oficios físicos con su respectiva guía |             | NOTIFICACIÓN A DEUDORES POR PAGARES FIRMADOS Circulariza a cada uno de los deudores de pagarés labor de Gestión de recaudo para lograr pagos por servicios prestados constitución garantía de pago 02GF20 | Auxiliar de contabilidad | Semestralmente    | para lograr el recaudo de los recursos por concepto de cuotas de recuperación o pago de servicios a los usuarios | mediante oficio de cobro por correo certificado | Notificación al responsable por ausencia de seguimiento al recaudo | oficios físicos con su respectiva guía |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
 INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO  | CONTROL   | RESPONSABLE 2020         | PERIODICIDAD 2020 | PROPOSITO DEL CONTROL 2020  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020   | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DEL EJECUCIÓN 2020   | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020                   | RIESGO 2019  | CONTROL 2019   | RESPONSABLE 2019         | PERIODICIDAD 2019 | PROPOSITO DEL CONTROL 2019  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019                      | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DEL EJECUCIÓN N 2019                                       | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019                   |
|---|---|--------------------------|-------------------|---|---|---|--|--|--|--------------------------|-------------------|---|--|---|--|
| Inoportunidad en la referencia y/o aceptación de pacientes  | Verificar las solicitudes de remisión de la red del departamento de Cundinamarca  | Radiooperador            | Diario            | Con el fin de darle trámite y contestación oportuna según los tiempos estipulados en el procedimiento                             | Según procedimiento "02RC02 remisiones comentadas al HUS"   | Analizar la razón de la demora y comunicarla al coordinador de referenciación y con referenciación. | Formato "05JUJ36 seguimiento pacientes comentados" | Inoportunidad en la referencia y/o aceptación de pacientes | Verificar las solicitudes de remisión de la red del departamento de Cundinamarca   | Radiooperador            | Diario            | Con el fin de darle trámite y contestación oportuna según los tiempos estipulados en el procedimiento                             | Según procedimiento "02RC02 remisiones comentadas al HUS"      | Analizar la razón de la demora y comunicarla al coordinador de referenciación y con referenciación. | Formato "05JUJ36 seguimiento pacientes comentados" |
| Garantizar el egreso de los físicos de los pagares y sus soportes contra egresos de pacientes extraídos de sistema institucional. | Garantizar el egreso de los físicos de los pagares y sus soportes contra egresos de pacientes extraídos de sistema institucional. | Auxiliar de contabilidad | Trimestral        | Garantizar el egreso de los físicos de los pagares y sus soportes contra egresos de pacientes extraídos de sistema institucional. | Garantizar el egreso de los físicos de los pagares y sus soportes contra egresos de pacientes extraídos de sistema institucional. | Se investiga trazabilidad de la cuenta para identificar responsables                                | Pagarés diligenciados con soportes.                | Auxiliar de contabilidad                                   | CONTROL EVIDENCIAS SOPORTES FISICOS PAGARES FIRMADOS Y SEGUIMIENTO A RECAUDO efectiva revisión de los físicos de los pagares y sus soportes contra egresos de pacientes extraídos de sistema institucional | Auxiliar de contabilidad | Trimestral        | Garantizar el egreso de los físicos de los pagares y sus soportes contra egresos de pacientes extraídos de sistema institucional. | cruce físico con reporte de salidas según procedimiento 02GF20 | Se investiga trazabilidad de la cuenta para identificar responsables                                | Pagarés diligenciados con soportes.                |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO   | CONTROL   | RESPONSA<br>BLE 2020                               | PERIODICI<br>DAD 2020  | PROPOS<br>ITO DEL<br>CONTR<br>O 2020                         | COMO<br>REALIZA<br>LA<br>ACTIVIDAD DE<br>CONTROL<br>2020  | OBSERVA<br>CIONES O<br>DESVIACI<br>ONES<br>RESULTA<br>NTES<br>DE LA<br>EJECUCIÓ<br>N 2020          | EVIDENCIA<br>DE<br>LA<br>EJECUCIÓ<br>N 2020        | RIESGO<br>2019                                       | CONTROL 2019  | RESPONS<br>ABLE 2019                                 | PERIODICI<br>DAD 2019  | PROPOSIT<br>O DEL<br>CONTROL<br>2019                         | COMO<br>REALIZA<br>LA<br>ACTIVIDAD DE<br>CONTROL<br>2019  | OBSERVA<br>CIONES O<br>DESVIACI<br>ONES<br>RESULTA<br>NTES<br>DE LA<br>EJECUCIÓ<br>N 2019          | EVIDENCIA<br>DE<br>LA<br>EJECUCIÓ<br>N 2019        |
|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|
| Registros incorrectos y/o incompletos de información | Contacta al profesional remitidor para aclarar datos de la información registrada en casos administrativos son con el radioperador y si es la parte medica es con el par. | Radiooperador y especialista o médico de urgencias | Diariamente y cada vez que se presenta una remisión y se presentan dudas | Con el fin de darle el trámite adecuado al paciente remitido | Según procedimiento "02RC02" remisiones comentadas al HUS | Se avisa directamente a la entidad o funcionario que esta remitiendo para completar la información | Formato de seguimiento pacientes comentados 05UU36 | Registros incorrectos y/o incompletos de información | Contacta al profesional remitidor para aclarar datos de la información registrada en casos administrativos son con el radioperador y si es la parte medica es con el par. | Radioperador y el especialista o médico de urgencias | Diariamente y cada vez que se presenta una remisión y se presentan dudas | Con el fin de darle el trámite adecuado al paciente remitido | Según procedimiento "02RC02" remisiones comentadas al HUS | Se avisa directamente a la entidad o funcionario que esta remitiendo para completar la información | Formato de seguimiento pacientes comentados 05UU36 |

# OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO                                      | CONTROL  | RESPONSEABLE 2020                | PERIODICIDAD 2020                | PROPOSITO DEL CONTROL 2020   | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020  | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DEL EJECUCIÓN N 2020  | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020  | RIESGO 2019                                 | CONTROL 2019   | RESPONSABLE 2019                 | PERIODICIDAD 2019                | PROPOSITO DEL CONTROL 2019   | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019  | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DEL EJECUCIÓN N 2019  | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019  |
|---|--|----------------------------------|----------------------------------|--|--|--|---|---|--|----------------------------------|----------------------------------|--|--|--|---|
| Inadecuado manejo de residuos hospitalarios | Plan de Gestión Integral Residuos Hospitalarios y procedimientos de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios | Supervisor de la empresa de aseo | Trimestral o cuando se considere | mejorar la adherencia al PGIRS del hospital y al procedimiento de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios | cumplimiento del PGIRHS y el procedimiento de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios | entrenar el personal para mejorar la adherencia al PGIRHS y al procedimiento de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios | listas de comprobación a la adherencia al procedimiento de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios y final de residuos hospitalarios | Inadecuado manejo de residuos hospitalarios | Plan de Gestión Integral Residuos Hospitalarios y procedimientos de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios | Supervisor de la empresa de aseo | Trimestral o cuando se considere | mejorar la adherencia al PGIRS del hospital y al procedimiento de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios | cumplimiento del PGIRHS y el procedimiento de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios | entrenar el personal para mejorar la adherencia al PGIRHS y al procedimiento de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios | listas de comprobación a la adherencia al procedimiento de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios y final de residuos hospitalarios |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO | CONTROL   | RESPONSE<br>BLE 2020 | PERIODICIDAD<br>DAD 2020                      | PROPOSITO<br>DEL CONTROL<br>L 2020   | COMO<br>REALIZA<br>LA ACTIVIDAD DE<br>CONTROL<br>2020                | OBSERVACIONES<br>DESVIACIONES<br>RESULTANTES<br>DE LA EJECUCIÓN<br>N 2020                      | EVIDENCIA<br>DE LA<br>EJECUCIÓN<br>N 2020  | RIESGO<br>2019 | CONTROL 2019   | RESPONSABLE<br>2019 | PERIODICIDAD<br>DAD 2019      | PROPOSITO<br>DEL CONTROL<br>2019  | COMO<br>REALIZA<br>LA ACTIVIDAD DE<br>CONTROL<br>2019                | OBSERVACIONES<br>DESVIACIONES<br>RESULTANTES<br>DE LA EJECUCIÓN<br>N 2019                      | EVIDENCIA<br>DE LA<br>EJECUCIÓN<br>N 2019  |
|--------|---|----------------------|---|--|--|--|--|----------------|--|---------------------|-------------------------------|---|--|--|--|
|        | en Plan de Gestión Integral Residuos Hospitalarios y procedimientos de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios realizar capacitación a los auxiliares de servicios generales en Plan de Gestión Integral Residuos Hospitalarios y procedimientos de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios | Ambiental del HUS    | trimestralmente cuando se detecte algún fallo | al entrenamiento y las competencias del personal de aseo en manejo de residuos hospitalarios | capacitación con temas inherentes a manejo de residuos hospitalarios | al personal para mejorar competencias del personal de aseo en manejo de residuos hospitalarios | de socialización y capacitación personal de aseo en manejo de residuos hospitalarios |                | Plan de Gestión Integral Residuos Hospitalarios y procedimientos de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios realizar capacitaciones a los auxiliares de servicios generales en Plan de Gestión Integral Residuos Hospitalarios y procedimientos de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios | Ambiental del HUS   | cuando se detecte algún fallo | entrenamiento y las competencias del personal de aseo en manejo de residuos hospitalarios | capacitación con temas inherentes a manejo de residuos hospitalarios | al personal para mejorar competencias del personal de aseo en manejo de residuos hospitalarios | de socialización y capacitación personal de aseo en manejo de residuos hospitalarios |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO                                      | CONTROL   | RESPONSE                           | PERIODICIDAD         | PROPOSITO   | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL                                    | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN                       | RIESGO                                      | CONTROL 2019  | RESPONSABLE              | PERIODICIDAD         | PROPOSITO   | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL                                    | OBSERVACIONES O RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN   | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN                                   |
|---|---|------------------------------------|----------------------|---|---|---|---|---|--------------------------|----------------------|---|---|---|---|
|   | Revisión y control del ambiente hotelero<br>Actividad: verificación del correcto manejo de residuos hospitalarios | Responsable: Auxiliar de Hotelaría | Periodicidad: Diaria | garantizar el correcto manejo de residuos hospitalarios   | realizando actividades de revisión del manejo de residuos hospitalarios | Registro de verificación de áreas hospitalarias |   | Revisión y control del ambiente hotelero<br>Actividad: verificación del correcto manejo de residuos hospitalarios | e: Auxiliar de Hotelaría | Periodicidad: Diaria | garantizar el correcto manejo de residuos hospitalarios   | realizando actividades de revisión del manejo de residuos hospitalarios | Retroalimentar el personal de aseo en campo, cuando se evidencian fallas en el manejo de residuos hospitalarios | Registro de verificación de revisión de áreas hospitalarias |
| Inoportunidad en la programación quirúrgica | Monitorear el indicador de oportunidad en la programación   | Auditor concurrente                | Diariamente          | Identificar demoras en la programación de pacientes por cada una de las especialidades quirúrgicas. | seguimiento a los documentos radicados en la oficina de programación    | Informe de Auditoría Concurrente                | Inoportunidad en la programación quirúrgica | Monitorear el indicador de oportunidad en la programación   | Auditor concurrente      | Diariamente          | Identificar demoras en la programación de pacientes por cada una de las especialidades quirúrgicas. | seguimiento a los documentos radicados en la oficina de programación    | Información a dirección científica, del líder del proceso y especializada para plan de mejora.                  | Informe de Auditoría Concurrente                            |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO                         | CONTROL  | RESPONSABLE 2020      | PERIODICIDAD 2020 | PROPOSITO DEL CONTROL 2020  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020  | EVIDENCIA DE LA EJECUCION N 2020                                | RIESGO 2019                             | CONTROL 2019   | RESPONSABLE 2019      | PERIODICIDAD 2019 | PROPOSITO DEL CONTROL 2019  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019  | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DEL EJECUCIO N 2019  | EVIDENCIA DE LA EJECUCIO N 2019                                 |
|--------------------------------|--|-----------------------|-------------------|---|--|---|---|--|-----------------------|-------------------|---|--|---|---|
| Infección del sitio operatorio | Proporción de infección de sitio operatorio según tipo de cirugía limpia, limpia contaminada | Comité de infecciones | Mensualmente      | Mantener el indicador en rangos inferiores al estándar y hacer seguimiento a las posibles causas. | según paquete instruccional de prevención y reducción de infecciones asociadas con la atención en salud, | a través de los reportes del comité de vigilancia institucional | Infección del sitio operatorio          | Proporción de infección de sitio operatorio según tipo de cirugía limpia, limpia contaminada | Comité de infecciones | Mensualmente      | Mantener el indicador en rangos inferiores al estándar y hacer seguimiento a las posibles causas. | según paquete instruccional de prevención y reducción de infecciones asociadas con la atención en salud, | revisar, analizar y definir los correctivos frente a las desviaciones identificadas en la programación de cirugías. | a través de los reportes del comité de vigilancia institucional |
|                                | Oportunidad quirúrgica por especialidad  | Comité quirúrgico     | trimestralmente   | Evaluar y mejorar o mantener el indicador por debajo de estándar                                  | a través de la presentación del indicador  | Acta del Comité Quirúrgico                                      | Oportunidad quirúrgica por especialidad |  | Comité quirúrgico     | trimestralmente   | Evaluar y mejorar o mantener el indicador por debajo de estándar                                  | a través de la presentación del indicador  | revisar, analizar y definir los correctivos frente a las desviaciones identificadas en la programación de cirugías. | Acta del Comité Quirúrgico                                      |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO | CONTROL   | RESPONSABLE 2020  | PERIODICIDAD 2020               | PROPOSITO DEL CONTROL 2020  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020 | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DEL EJECUCIÓN N 2020   | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020                    | RIESGO 2019 | CONTROL 2019   | RESPONSABLE 2019      | PERIODICIDAD 2019 | PROPOSITO DEL CONTROL 2019   | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019   | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DEL EJECUCIÓN N 2019  | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019 |
|--------|---|---|---------------------------------|---|---|---|---|-------------|--|-----------------------|-------------------|--|---|--|----------------------------------|
|        | Muestreo aleatorio de toma de muestras de cultivos de áreas, superficies y manos (Médicos especialistas, residentes, camilleros, servicios generales, enfermeras, auxiliares) | Coordinadora general del proceso de atención quirúrgica | periódicamente según cronograma | Evidencia de la calidad en el proceso de lavado de manos y de limpieza y desinfección de áreas y superficies. | A través de la técnica luminometría       | Acta del Comité Quirúrgico, informes mensuales y trimestrales<br>Reportes generados por el proceso, analizar y definir los correctivos frente a los casos de actividades y protocolos que no cumplen. | Reportes del proceso de luminometría en el software |             | identificar las fallas relacionadas con la preparación pre quirúrgica de pacientes | Auditoria concurrente | diariamente       | Retroalimentar al servicio de hospitalización, médico y de enfermería de las fallas en el proceso para su control. | A través de la información y el reporte generado por las jefes del servicio, instrumentadoras y auxiliares de cirugía | Reportes generados por auditoria, analizar y definir los correctivos frente a los casos de actividades y protocolos que no se cumplen en la preparación del paciente quirúrgico. | Informe de auditoria concurrente |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO  | CONTROL  | RESPONSABLE 2020  | PERIODICIDAD 2020                             | PROPOSITO DEL CONTROL 2020  | COMO SE REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020                   | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DELA EJECUCIÓN N 2020  | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020  | RIESGO 2019   | CONTROL 2019  | RESPONSABLE 2019  | PERIODICIDAD 2019                                | PROPOSITO DEL CONTROL 2019  | COMO SE REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019                   | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DELA EJECUCIÓN N 2019  | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019  |
|---|--|-------------------|---|---|--|---|---|---|---|-------------------|--|---|--|---|---|
| Posibilidad de ejecución de actos inseguros en el procedimiento quirúrgico en sitio equivocado, paciente equivocado, procedimiento equivocado | verificar el cumplimiento de los criterios como: Identidad del paciente, procedimiento, sitio a intervenir, dispositivo requerido, etc. y verificar con el paciente despierto: la identidad, el sitio operatorio, conocimiento sobre la cirugía, la Historia Clínica completa, sitio operatorio marcado, si conoce y firmo el consentimiento informado | Equipo quirúrgico | cada vez que ingresa un paciente a quirófano. | Verificar las condiciones de seguridad y pertinencia antes y después del acto quirúrgico. | A través de documentación escrita y actitud verbal y registros | Lista de seguridad diligenciada, analizar y definir los correctivos frente a los casos identificados que no cumplen con la verificación de lista de chequeo de seguridad. | "check-lists" previo al procedimiento quirúrgico, antes de incidir piel y "check-lists" al final de la cirugía. | Posibilidad de ejecución de actos inseguros en el procedimiento quirúrgico en sitio equivocado, paciente equivocado, procedimiento equivocado | verificar el cumplimiento de los criterios como: Identidad del paciente, procedimiento, sitio a intervenir, dispositivo requerido, etc. y verificar con el paciente despierto: la identidad, el sitio operatorio, conocimiento sobre la cirugía, la Historia Clínica completa, sitio operatorio marcado, si conoce y firmo el consentimiento informado. | Equipo quirúrgico | cada vez que se ingresa un paciente a quirófano. | Verificar las condiciones de seguridad y pertinencia antes y después del acto quirúrgico. | A través de documentación escrita y actitud verbal y registros | Lista de seguridad diligenciada, analizar y definir los correctivos frente a los casos identificados que no cumplen con la verificación de lista de chequeo de seguridad. | "check-lists" previo al procedimiento quirúrgico, antes de incidir piel y "check-lists" al final de la cirugía. |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO | CONTROL  | RESPONSABLE 2020                    | PERIODICIDAD 2020 | PROPOSITO DEL CONTROL 2020  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020   | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DEL EJECUCIÓN N 2020  | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020                  | RIESGO 2019 | CONTROL 2019   | RESPONSABLE 2019                    | PERIODICIDAD 2019 | PROPOSITO DEL CONTROL 2019  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019   | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DEL EJECUCIÓN N 2019  | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019                  |
|--------|--|-------------------------------------|-------------------|---|---|--|---|-------------|--|-------------------------------------|-------------------|---|---|--|---|
|        | Revisar los equipos del proceso quirúrgico (máquina de anestesia, equipos de monitoreo, electrocirujano, torres de laparoscopia, mesas quirúrgicas, calibración de gases anestésicos, y el CO2). | Ingenieros biomédicos               | diariamente       | Seguridad en la prestación del servicio quirúrgico en cada procedimiento. | De acuerdo a cronograma diario y herramientas de calibración.                           | Que no se cumpla con la verificación y calibración diaria y se presenten novedades que originen riesgos con los equipos biomédicos | Personalizado un ingeniero o tecnólogo biomédico. |             | Revisar los equipos del proceso quirúrgico (máquina de anestesia, equipos de monitoreo, electrocirujano, torres de laparoscopia, mesas quirúrgicas, calibración de gases anestésicos, y el CO2). | Ingenieros biomédicos               | diariamente       | Seguridad en la prestación del servicio quirúrgico en cada procedimiento. | De acuerdo a cronograma diario y herramientas de calibración.                           | Que no se cumpla con la verificación y calibración diaria y se presenten novedades que originen riesgos con los equipos biomédicos | Personalizado un ingeniero o tecnólogo biomédico. |
|        | monitorizar el cumplimiento del paquete instruccional de "MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS"  | Referente del paquete instruccional | Trimestralmente   | Identificar desviaciones y riesgos de no pertinencia y adherencia.        | según paquete instruccional de "MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS" |  | Seguimiento o por parte del área de seguridad.    |             | monitorizar el cumplimiento del paquete instruccional de "MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS"  | Referente del paquete instruccional | Trimestralmente   | Identificar desviaciones y riesgos de no pertinencia y adherencia.        | según paquete instruccional de "MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS" |  | Seguimiento o por parte del área de seguridad.    |

# OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO  | CONTROL   | RESPONSABLE 2020                         | PERIODICIDAD 2020   | PROPOSITO DEL CONTROL 2020   | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020  | EVIDENCIA DE LA EJECUCION N 2020  | RIESGO 2019   | CONTROL 2019   | RESPONSABLE 2019                         | PERIODICIDAD 2019   | PROPOSITO DEL CONTROL 2019   | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019  | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCION N 2019  | EVIDENCIA DE LA EJECUCION N 2019  |
|---|---|--|---|--|--|---|---|--|--|---|--|--|--|---|
| Afectación al paciente por error en la interpretación y transcripción de la fórmula médica para la adecuación de medicamentos y nutrientes parenterales | Doble Chequeo de Control Calidad verifica los órdenes de producción contra la prescripción nuevamente   | Químico farmacéutico de turno            | Cada vez que se realiza órdenes de producción   | Garantizar que se envíen a todos los medicamentos pertinentes de forma idónea.   | Según procedimiento 02AF07 DE ADECUACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA Y NUTRICIONES PARENTERALES POR PROVEEDOR EXTERNO. | Archivos magnéticos de control de calidad                                 | Afectación al paciente por error en la interpretación y transcripción de la fórmula médica para la adecuación de medicamentos y nutrientes parenterales con terceros. | Doble Chequeo de Control Calidad verifica los órdenes de producción contra la prescripción nuevamente  | Químico farmacéutico de turno            | Cada vez que se realiza órdenes de producción   | Garantizar que se envíen a todos los medicamentos pertinentes de forma idónea.   | Según procedimiento 02AF07 DE ADECUACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA Y NUTRICIONES PARENTERALES POR PROVEEDOR EXTERNO. | Corrección de archivo y comunicación con la planta de producción para informar y pedir corrección en sus archivos. | Archivos magnéticos de control de calidad                                 |
| Recepción de medicamentos y nutrientes parenterales Verifica los medicamentos adecuados y nutrientes parenterales de acuerdo al Formato de recepción.   | Recepción Técnica de adecuación de medicamentos y nutrientes parenterales Verifica los medicamentos adecuados y nutrientes parenterales de acuerdo al Formato de recepción. | Técnico Auxiliar Servicios Farmacéuticos | Cada vez que reciben los medicamentos adecuados y nutrientes parenterales por parte del tercero controlados | Garantizar que los productos recibidos correspondan con los solicitados y que cumplan con las características de calidad exigidas. | Según procedimiento 02AF07 DE ADECUACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA Y NUTRICIONES PARENTERALES POR PROVEEDOR EXTERNO. | Archivos de Recepción de medicamentos adecuados y nutrientes parenterales | Recepción de adecuación de medicamentos y nutrientes parenterales Verifica los medicamentos adecuados y nutrientes parenterales de acuerdo al formato recepción.      | Recepción Técnica de adecuación de medicamentos y nutrientes parenterales Verifica los medicamentos adecuados y nutrientes parenterales de acuerdo al formato recepción. | Técnico Auxiliar Servicios Farmacéuticos | Cada vez que reciben los medicamentos adecuados y nutrientes parenterales por parte del tercero controlados | Garantizar que los productos recibidos correspondan con los solicitados y que cumplan con las características de calidad exigidas. | Según procedimiento 02AF07 DE ADECUACION DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA Y NUTRICIONES PARENTERALES POR PROVEEDOR EXTERNO. | Comunicación con el Químico Farmacéutico responsable del proceso.  | Archivos de Recepción de medicamentos adecuados y nutrientes parenterales |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO  | CONTROL  | RESPONSEABLE 2020   | PERIODICIDAD 2020   | PROPOSITO DEL CONTROL 2020  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020  | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DEL EJECUCIÓN N 2020                   | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020  | RIESGO 2019  | CONTROL 2019   | RESPONSABLE 2019  | PERIODICIDAD 2019   | PROPOSITO DEL CONTROL 2019  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019  | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DEL EJECUCIÓN N 2019                       | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019  |
|---|--|---|---|---|--|---|---|--|--|---|---|---|--|---|---|
| Inadecuada dispensación de productos farmacéuticos  | Dispensación de Medicamentos adecuados y Parenterales verifica los medicamentos adecuados y parenterales de acuerdo a la prescripción médica durante la dispensación         | Técnico Auxiliar Servicios Farmacéuticos - Enfermera Jefe | Cada vez que se dispensan los medicamentos adecuados y parenterales a Enfermería. | Garantizar que los productos dispensados correspondan con los prescritos y que cumplan con las características de calidad exigidas. | Según 02AF07 DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA Y NUTRICIONES PARENTERALES POR PROVEEDOR EXTERNO.           | Comunicación con el Químico Farmacéutico responsable del proceso.               | Archivos de Recepción de medicamentos adecuados y nutriciones parenterales. | Inadecuada dispensación de productos farmacéuticos | Dispensación de Medicamentos adecuados y Nutriciones Parenterales verifica los medicamentos adecuados y nutriciones parenterales de acuerdo a la prescripción médica durante la dispensación | Técnico Auxiliar Servicios Farmacéuticos - Enfermera Jefe | Cada vez que se dispensan los medicamentos adecuados y nutriciones parenterales a Enfermería. | Garantizar que los productos dispensados correspondan con los prescritos y que cumplan con las características de calidad exigidas. | Según 02AF07 DE MEDICAMENTOS EN DOSIS UNITARIA Y NUTRICIONES PARENTERALES POR PROVEEDOR EXTERNO.           | Comunicación con el Químico Farmacéutico responsable del proceso.                   | Archivos de Recepción de medicamentos adecuados y nutriciones parenterales. |
| Capacitaciones periódicas del Servicio Farmacéutico | Capacitaciones periódicas del personal del Servicio Farmacéutico. Reunión de equipo primario con todo el servicio farmacéutico y evaluación de las capacitaciones realizadas | Líder de Farmacia   | Mensual   | Generar adherencia al lineamiento del servicio  | Alineado a los documentos propios del proceso y el Cronograma de capacitaciones del Servicio Farmacéutico. | Si se deja de realizar una capacitación en el mes siguiente se incluye en temas | Actas de reunión  | Inadecuada dispensación de productos farmacéuticos | Capacitaciones periódicas del personal del Servicio Farmacéutico. Reunión de equipo primario con todo el servicio farmacéutico y evaluación de las capacitaciones realizadas                 | Líder de Farmacia   | Mensual   | Generar adherencia al lineamiento del servicio  | Alineado a los documentos propios del proceso y el Cronograma de capacitaciones del Servicio Farmacéutico. | Si se deja de realizar una capacitación en el mes siguiente se incluye en los temas | Actas de reunión  |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO | CONTROL  | RESPONSABLE 2020     | PERIODICIDAD 2020 | PROPOSITO DEL CONTROL 2020                        | COMO SE REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020   | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN N 2020 | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020    | RIESGO 2019 | CONTROL 2019   | RESPONSABLE 2019     | PERIODICIDAD 2019 | PROPOSITO DEL CONTROL 2019                        | COMO SE REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019   | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN N 2019 | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019    |
|--------|--|----------------------|-------------------|---|--|---|-------------------------------------|-------------|--|----------------------|-------------------|---|--|---|-------------------------------------|
|        | capacitaciones realizadas  |                      |                   |   |  |   |                                     |             |  |                      |                   |   |  |   |                                     |
|        | Revisión de carros de transporte de medicamentos   | Regente de Farmacia  | Lunes<br>Viernes  | Verificar la correcta alistamiento y dispensación | Mediante formato establecido se compara lo prescrito contra lo alistado, como se indica en el procedimiento 02AF06 Distribución de Productos Farmacéuticos | Ajuste del error y retroalimentación                            | Formatos de revisión                |             | Revisión de carros de transporte de medicamentos<br>Revisión aleatoria de cajetines de carro de transporte de medicamentos | Regente de Farmacia  | Lunes<br>Viernes  | Verificar la correcta alistamiento y dispensación | Mediante formato establecido se compara lo prescrito contra lo alistado, como se indica en el procedimiento 02AF06 Distribución de Productos Farmacéuticos | Ajuste del error y retroalimentación                            | Formatos de revisión                |
|        | Identificación de medicamentos LASA y alto riesgo<br>Identificar el medicamento LASA y alto riesgo | Auxiliar de Farmacia | Lunes<br>Viernes  | Generar alertas visuales                          | Poner Tucker al medicamento LASA y alto riesgo, según se indica en el Proceso 03AF44 Identificación de Medicamentos LASA y de Alto Riesgo.                 | Se reporta a bodega para su revisión                            | Mediante la supervisión de la tarea |             | Identificación de medicamentos LASA y alto riesgo<br>Identificar el medicamento LASA y alto riesgo                         | Auxiliar de Farmacia | Lunes<br>Viernes  | Generar alertas visuales                          | Poner Tucker al medicamento LASA y alto riesgo, según se indica en el Proceso 03AF44 Identificación de Medicamentos LASA y de Alto Riesgo.                 | Se reporta a bodega para su revisión                            | Mediante la supervisión de la tarea |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO | CONTROL  | RESPONSABLE 2020                      | PERIODICIDAD 2020 | PROPOSITO DEL CONTROL L.2020  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020   | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DEL EJECUCIÓN N 2020      | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020   | RIESGO 2019 | CONTROL 2019  | RESPONSABLE 2019                      | PERIODICIDAD 2019 | PROPOSITO DEL CONTROL 2019  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019   | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DEL EJECUCIÓN N 2019      | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019   |
|--------|--|---------------------------------------|-------------------|---|---|--|--|-------------|---|---------------------------------------|-------------------|---|---|--|--|
|        | Doble chequeo durante la dispensación en Piso Realizar una doble verificación durante la dispensación en piso de los medicamentos. | Auxiliar de Farmacia - Enfermera Jefe | Diariamente       | Dar cumplimiento a los lineamientos de medicamentos No PBS dictadas por el Ministerio | Verificando en el carro medicamentos frente a la tarjeta y prescripción de medicamentos. 02AF06 Distribución de Productos Farmacéuticos       | Se notifica al profesional prescriptor para que realice el trámite | herramienta de Intranet, campo observación es de la formula medica Dinámica o Mipres en físico |             | Doble chequeo durante la dispensación en Piso Realizar una doble verificación durante la dispensación en piso de los medicamentos | Auxiliar de Farmacia - Enfermera Jefe | Diariamente       | Dar cumplimiento a los lineamientos de medicamentos No PBS dictadas por el Ministerio | Verificando en el carro medicamentos frente a la tarjeta y prescripción de medicamentos. 02AF06 Distribución de Productos Farmacéuticos       | Se notifica al profesional prescriptor para que realice el trámite | herramienta de Intranet, campo observación es de la formula medica Dinámica o Mipres en físico |
|        | Herramienta Mipres Revisar que la formula Mipres este realizada para dispensar el medicamento                                      | Auxiliar de Farmacia                  | Diariamente       | Dar cumplimiento a los lineamientos de medicamentos No PBS dictadas por el Ministerio | Verificando en la herramienta de la Intranet que este la Formula Mipres o el campo de observaciones de la formula medica Dinámica o en físico | Se notifica al profesional prescriptor para que realice el trámite | herramienta de Intranet, campo observación es de la formula medica Dinámica o Mipres en físico |             | Herramienta Mipres Revisar que la formula Mipres este realizada para dispensar el medicamento                                     | Auxiliar de Farmacia                  | Diariamente       | Dar cumplimiento a los lineamientos de medicamentos No PBS dictadas por el Ministerio | Verificando en la herramienta de la Intranet que este la Formula Mipres o el campo de observaciones de la formula medica Dinámica o en físico | Se notifica al profesional prescriptor para que realice el trámite | herramienta de Intranet, campo observación es de la formula medica Dinámica o Mipres en físico |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO   | CONTROL   | RESPONSABLE 2020   | PERIODICIDAD 2020     | PROPOSITO DEL CONTROL 2020  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020   | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN 2020                                | RIESGO 2019   | CONTROL 2019   | RESPONSABLE 2019      | PERIODICIDAD 2019   | PROPOSITO DEL CONTROL 2019  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019  | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DEL EJECUCIÓN 2019   | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN 2019 |
|--|---|--|-----------------------|---|---|---|---|--|-----------------------|---|---|--|---|--------------------------------|
| Occurrencia de problemas relacionados con medicamentos | Matriz de Riesgo Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico | Farmacéuticos Responsables del Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico          | Semanal               | Para identificar a los pacientes que pueden presentar potenciales problemas PRM | 08AF16 EVALUACIÓN DEL RIESGO FARMACOTERAPÉUTICO   | Documento de Excel de "Base de datos pacientes matriz riesgo" | Matriz de Riesgo Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico | Químicos Farmacéuticos Responsables del Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico | Semanal               | Para identificar a los pacientes que pueden presentar potenciales problemas PRM | 08AF16 EVALUACIÓN DEL RIESGO FARMACOTERAPÉUTICO   | Intervención Farmacéutica hacia el actor que genera el problema relacionado con medicamentos.  | Documento de Excel de "Base de datos pacientes matriz riesgo" |                                |
| Relacionados con medicamentos                          | Lista de Medicamentos de Control                            | Químicos Farmacéuticos Responsables del Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico | Diario (días hábiles) | Para gestionar oportunamente el uso correcto                                    | Descargando de reporte de prescripción dinámica comparando con lista de medicamentos de control definidos | Documento de Excel de "Base de datos pacientes matriz riesgo" | Lista de Medicamentos de Control Diario                     | Químicos Farmacéuticos Responsables del Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico | Diario (días hábiles) | Para gestionar oportunamente el uso correcto                                    | Descargando de reporte de prescripción dinámica comparando con lista de medicamentos de control definidos | Reporte oportuno de la necesidad identificada relacionada con los medicamentos de alto costo, alto riesgo, y de condiciones especiales de uso. | Documento de Excel de "Base de datos pacientes matriz riesgo" |                                |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
 INFORME DE AUDITORIA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO | CONTROL  | RESPONSABLE 2020       | PERIODICIDAD 2020     | PROPOSITO DEL CONTROL 2020             | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020   | EVIDENCIA DE LA EJECUCION N 2020 | RIESGO 2019 | CONTROL 2019  | RESPONSABLE 2019  | PERIODICIDAD 2019     | PROPOSITO DEL CONTROL 2019  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019   | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCION N 2019                              | EVIDENCIA DE LA EJECUCION N 2019 |
|--------|--|------------------------|-----------------------|--|---|----------------------------------|-------------|---|---|-----------------------|---|---|--|----------------------------------|
|        | Rondas asistenciales y reuniones de entrega de turno con el Servicio de Medicina Interna | Químicos Farmacéuticos | Diario (días hábiles) | Identificar, prevenir y solucionar PRM | revisando historias farmacoterapéuticas y validando reportes de novedades expresadas en las reuniones de entrega de turno | Historias farmacéuticas creadas  |             | Rondas asistenciales y reuniones de entrega de turno con el Servicio de Medicina Interna Participación en rondas médicas y entregas de turno donde se informa novedades de seguridad relaciones con el servicio farmacéutico y el uso de medicamentos | Químicos Farmacéuticos Responsables del Programa de Seguimiento Farmacológico | Diario (días hábiles) | revisando historias farmacéuticas y validando reportes de novedades expresadas en las reuniones de entrega de turno | revisando historias farmacoterapéuticas y validando reportes de novedades expresadas en las reuniones de entrega de turno | Intervención Farmacéutica hacia el actor que genera el problema relacionado con medicamentos | Historias farmacéuticas creadas  |

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



ERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO  | CONTROL  | RESPONSA BLE 2020          | PERIODICIDAD 2020   | PROPOSITO DEL CONTROL 2020   | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020                               | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020                       | RIESGO 2019   | CONTROL 2019  | RESPONSABLE 2019                   | PERIODICIDAD 2019   | PROPOSITO DEL CONTROL 2019   | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019                               | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DEL EJECUCIÓN N 2019   | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019                       |
|---|--|----------------------------|---|--|---|--|---|---|------------------------------------|---|--|---|---|--|
| Identificación inadecuada del paciente en el sistema de información | verificar el documento de identidad y confirmándolos con el usuario                  | Auxiliar de Admisiones     | Al momento de ingresar los datos del usuario                            | identificación correcta y verificable del usuario                      | Procedimiento de admisión administrativa de usuarios 02FR06             | sistema de información                                 | Identificación inadecuada del paciente en el sistema de información | verificar el documento de identidad y confirmándolos con el usuario | Auxiliar encargado de la actividad | Al momento de ingresar los datos del usuario                            | identificación adecuada del usuario                                    | Procedimiento de admisión administrativa de usuarios 02FR05             | En el área de estadística manejan una planilla donde hacen firmar al auxiliar de admisiones cuando cometen un error para poder corregirlo en el sistema | sistema de información                                 |
| Negación del pago de los servicios por autorización                 | Solicitud oportuna de las autorizaciones, Realizar seguimiento de las autorizaciones | Auxiliar de autorizaciones | Al ingreso del usuario al hospital y durante su permanencia en el mismo | Se obtenga la autorización por parte de la entidad responsable de pago | Procedimiento de gestión de autorizaciones de servicios de salud 02FR07 | Correo electrónico, ausencia de glosas por este motivo | Negación del pago de los servicios por autorización                 | Realizar seguimiento de las autorizaciones                          | Auxiliar de autorizaciones         | Al ingreso del usuario al hospital y durante su permanencia en el mismo | Se obtenga la autorización por parte de la entidad responsable de pago | Procedimiento de gestión de autorizaciones de servicios de salud 02FR07 | Reportar de manera inmediata a ERP correspondiente y socializar con el grupo de trabajo   | Correo electrónico, ausencia de glosas por este motivo |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO                 | CONTROL   | RESPONSABLE 2020      | PERIODICIDAD 2020 | PROPOSITO DEL CONTROL 2020 | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020                | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN N 2020                            | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020   | RIESGO 2019            | CONTROL 2019  | RESPONSABLE 2019      | PERIODICIDAD 2019 | PROPOSITO DEL CONTROL 2019 | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019                  | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN N 2019                               | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019   |
|------------------------|---|-----------------------|-------------------|----------------------------|--|--|--|------------------------|---|-----------------------|-------------------|----------------------------|--|---|--|
| PERDIDA DE INFORMACIÓN | Verificar que los préstamos documentales hayan sido devueltos | El técnico de archivo | Mensualmente      |                            | Comparando la ficha de préstamo con el registro de Excel | Hacer investigación de las causas de la desviación y notificar al Líder Gestión Documental | Informe mensual de actividades según los formatos de préstamo documentado diligenciado y firmado por la persona que realiza el préstamo, lo quien solicita y registro en Excel para control de tiempos de préstamos documentales | PERDIDA DE INFORMACIÓN | Verificar que los préstamos documentales hayan sido devueltos | El técnico de archivo | Mensualmente      |                            | Comparando las fichas de préstamo con el registro de Excel | Hacer la investigación de las causas de la desviación y notificar al Líder Gestión Documental | Informe mensual de actividades según los formatos de préstamo documentado diligenciado y firmado por la persona que realiza el préstamo, lo quien solicita y registro en Excel para control de tiempos de préstamos documentales |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO | CONTROL  | RESPONSA<br>BLE 2020        | PERIODICIDAD<br>2020                                       | PROPOSITO<br>DEL CONTROL<br>2020 | COMO<br>REALIZA<br>LA ACTIVIDAD DE<br>CONTROL<br>2020                   | EVIDENCIA<br>DE LA<br>EJECUCIÓN<br>N 2020   | RIESGO<br>2019 | CONTROL 2019  | RESPONSABLE<br>2019         | PERIODICIDAD<br>2019   | PROPOSITO<br>DEL CONTROL<br>2019 | COMO<br>REALIZA<br>LA ACTIVIDAD DE<br>CONTROL<br>2019                   | OBSERVACIONES<br>O<br>DESVIACIONES<br>RESULTANTES<br>DE LA<br>EJECUCIÓN<br>N 2019  | EVIDENCIA<br>DE LA<br>EJECUCIÓN<br>N 2019   |
|--------|--|-----------------------------|--|----------------------------------|---|---|----------------|---|-----------------------------|--|----------------------------------|---|--|---|
|        | INFRAESTRUCTURA<br>Verificar el cumplimiento de las condiciones ambientales y físicas                            | Líder Gestión Documental    | Al evidenciar alteraciones en las instalaciones de archivo |                                  | según normatividad para custodia documental                             | Registro bitácora de ingreso instalaciones sobre novedades                                    |                | INFRAESTRUCTURA<br>Verificar el cumplimiento de las condiciones ambientales y físicas         | Líder Gestión Documental    | Al evidenciar alteraciones en las instalaciones de archivo o semanal |                                  | según normatividad para custodia documental                             | Hacer la investigación de las causas de la desviación y notificar al Director Administrativo y al Líder de Proyecto de área de Arquitectura, Mantenimiento y Equipo Médico | Registro bitácora de ingreso instalaciones sobre novedades  |
|        | INFRAESTRUCTURA<br>Verificar que se realice las actividades de fumigación, control de plagas y limpieza del área | Auxiliar técnico de archivo | Mensualmente   |                                  | haciendo acompañamiento al personal de Lasso empresa externa que fumiga | Verificar que se realice las actividades de fumigación, control de plagas y limpieza del área |                | Verificar que se realice las actividades de fumigación, control de plagas y limpieza del área | Auxiliar técnico de archivo | Mensualmente   |                                  | haciendo acompañamiento al personal de Lasso empresa externa que fumiga | Hacer la investigación de las causas de la desviación y notificar al Subdirector de Administración Hotelera  | Plan de trabajo (aseo), Certificación (empresa de fumigación) y registro bitácora de ingreso instalaciones de archivo sobre novedades |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
 INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO | CONTROL  | RESPONSABLE 2020        | PERIODICIDAD 2020 | PROPOSITO DEL CONTROL 2020 | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020                                | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020   | RIESGO 2019 | CONTROL 2019  | RESPONSABLE 2019        | PERIODICIDAD 2019 | PROPOSITO DEL CONTROL 2019 | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019                                | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DEL EJECUCIÓN N 2019   | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019                               |
|--------|--|-------------------------|-------------------|----------------------------|--|--|-------------|---|-------------------------|-------------------|----------------------------|--|---|--|
|        | Verificar que se realice backups periódicos a las Bases de datos y a las carpetas del servidor de archivos   | Subdirector de Sistemas | Mensualmente      |                            | Indicador % de cumplimiento en la realización de Backups programados     | Acta de entrega mensual a ente externo.                                  |             | Verificar que se realice backups periódicos a las Bases de datos y a las carpetas del servidor de archivos  | Subdirector de Sistemas | Mensualmente      |                            | Indicador % de cumplimiento en la realización de Backups programados     | Hacer la investigación de las causas se gestiona con el ingeniero de soporte para realizar el backup                        | Acta de entrega mensual a ente externo.                        |
|        | Verificación, en el momento de la recepción de los registros físicos generados durante el proceso de atención, organización y archivo de los registros físicos de historia clínica | Auxiliar de Estadística | Diariente         |                            | Revisando los registros digitales versus los registros físicos generados | Formato resumen de folios de la historia clínica por evento de atención. |             | Verificación, en el momento de la recepción de los registros físicos generados durante el proceso de atención, organización y archivo de los registros físicos de historia clínica. | Auxiliar de Estadística | Diariente         |                            | Revisando los registros digitales versus los registros físicos generados | Analizar el caso si es interno capacitar al personal sobre el procedimiento si es externo contactar inmediatamente al medio | Formato resumen de la historia clínica por evento de atención. |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO  | CONTROL   | RESPONSABLE 2020        | PERIODICIDAD 2020  | PROPOSITO DEL CONTROL 2020 | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020       | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN N 2020   | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020 | RIESGO 2019                                     | CONTROL 2019  | RESPONSABLE 2019        | PERIODICIDAD 2019  | PROPOSITO DEL CONTROL 2019 | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019       | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN N 2019   | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019 |
|---|---|-------------------------|--|----------------------------|---|---|----------------------------------|---|---|-------------------------|--|----------------------------|---|---|----------------------------------|
| PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL HUS | verificar que se esta ejecutando a cabalidad el procedimiento en cada caso presentado | Lider de comunicaciones | al momento de que se presente una mención relacionada con el HUS en medios/cuando los medios soliciten extraer información confidencial /cuando algún funcionario o colaborador exporta información confidencial |                            | Procedimiento de Comunicación de Crisis 02GIS09 | Análizar el caso si es interno personal sobre el procedimiento/ si es externo contactar inmediatamente al medio | Informe de Gestión trimestral    | PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL HUS | verificar que se esta ejecutando a cabalidad el procedimiento en cada caso presentado | Lider de comunicaciones | al momento de que se presente una mención relacionada con el HUS en medios/cuando los medios soliciten extraer información confidencial /cuando algún funcionario o colaborador exporta información confidencial |                            | Procedimiento de Comunicación de Crisis 02GIS09 | Análizar el caso si es interno personal sobre el procedimiento/ si es externo contactar inmediatamente al medio | Informe de Gestión trimestral    |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO  | CONTROL  | RESPONSABLE 2020        | PERIODICIDAD 2020               | PROPOSITO DEL CONTROL 2020   | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020  | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020                            | RIESGO 2019                                     | CONTROL 2019   | RESPONSABLE 2019        | PERIODICIDAD 2019               | PROPOSITO DEL CONTROL 2019  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019  | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN N 2019    | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019                            |
|---|--|-------------------------|---------------------------------|--|--|---|---|--|-------------------------|---------------------------------|---|--|--|---|
| Posibilidad de atención inadecuada del paciente   | Informar al paciente los riesgos que conlleva una toma de muestra, Utilizar barreras de seguridad (uso de visualizador de venas, sillas apoyas brazos, delegar a personal entrenado y con experiencia en la atención, preparación del paciente, permitir acompañamiento) | Personal asistencial    | Durante la atención al paciente | Evitar incidentes de seguridad por la atención inadecuada.                   | De acuerdo a: Protocolo de manejo de incidentes en el laboratorio clínico 03AD01, Procedimiento y Facturación al paciente 02AD03 | Registro de Diario de información de toma de muestra 05AD23 | Posibilidad de atención inadecuada del paciente | Informar al paciente los riesgos que conlleva una toma de muestra, Utilizar barreras de seguridad (uso de visualizador de venas, sillas apoyas brazos, delegar a personal entrenado y con experiencia en la atención, preparación del paciente, permitir acompañamiento) | Personal asistencial    | Durante la atención al paciente | Evitar incidentes de seguridad por la atención inadecuada.                | De acuerdo a: Protocolo de manejo de incidentes en el laboratorio clínico 03AD01, Procedimiento y Facturación al paciente 02AD03 | Reporte en novedad de seguridad de paciente y producto no conforme | Registro de Diario de información de toma de muestra 05AD23 |
| Verificar solicitud médica y realizar facturación | Verificar solicitud médica y realizar facturación  | Personal administrativo | Durante la atención al paciente | Evitar la atención inadecuada al paciente generada por falla administrativa. | Procedimiento y Facturación al paciente 02AD03, Facturación de servicios de Salud 02FR08   | Paquete de Factura, orden médica y autorización (si aplica) |   | Verificar solicitud médica y realizar la facturación   | Personal administrativo | Durante la atención al paciente | Evitar atención inadecuada al paciente generada por falla administrativa. | Procedimiento y Facturación al paciente 02AD03, Facturación de servicios de Salud 02FR08   | Corregir la factura y notificar el producto no conforme.           | Paquete de Factura, orden médica y autorización (si aplica) |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO | CONTROL  | RESPONSABLE 2020   | PERIODICIDAD 2020              | PROPOSITO DEL CONTROL 2020                                 | COMO REALIZA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020  | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020                         | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN N 2020 | RESPONSABLE 2019   | PERIODICIDAD 2019               | PROPOSITO DEL CONTROL 2019                                 | COMO REALIZA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019  | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN N 2019    | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019                         |
|--------|--|--|--------------------------------|--|---|--|---|--|---------------------------------|--|---|--|--|
|        | Informar al paciente los riesgos que conlleva una toma de muestra, Utilizar barreras de seguridad (uso de visualizador de venas, sillas de apoyo a brazos, delegar personal entrenado y con experiencia en la atención, preparación del paciente, permitir acompañamiento) | Bacterióloga responsable de toma de muestras ambulatoria | Cada vez que se toman muestras | Evitar incidentes de seguridad por la atención inadecuada. | De acuerdo a: Protocolo de manejo de incidentes en el laboratorio clínico 03AD01, Procedimiento y Facturación y atención al paciente 02AD03 | Registro Diario de información de toma de muestra 05AD23 | Reinducción en el puesto de trabajo en tiempo real              | Informar al paciente los riesgos que conlleva una toma de muestra, Utilizar barreras de seguridad (uso de visualizador de venas, sillas de apoyo a brazos, delegar personal entrenado y con experiencia en la atención, preparación del paciente, permitir acompañamiento) | Durante la atención al paciente | Evitar incidentes de seguridad por la atención inadecuada. | De acuerdo a: Protocolo de manejo de incidentes en el laboratorio clínico 03AD01, Procedimiento y Facturación y atención al paciente 02AD03 | Reporte en novedad de seguridad de paciente y producto no conforme | Registro Diario de información de toma de muestra 05AD23 |

# OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



HUS  
HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SALMANTINA  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO   | CONTROL   | RESPONSABLE 2020                              | PERIODICIDAD 2020 | PROPOSITO DEL CONTROL 2020  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020   | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020   | RIESGO 2019  | CONTROL 2019  | RESPONSABLE 2019                              | PERIODICIDAD 2019 | PROPOSITO DEL CONTROL 2019  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019   | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN N 2019   | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019   |
|--|---|---|-------------------|---|---|--|--|---|---|-------------------|---|---|---|--|
| Possibilidad de generar un reporte de apoyo diagnóstico o incorrecto | Verificar el correcto funcionamiento de los equipos para el procesamiento de muestras | Profesional en laboratorio terapia, patología | Diario            | Controlar el adecuado funcionamiento de los equipos biomédicos        | Procedimientos técnicos para la preparación de equipos reactivos para el procesamiento de muestras de 02AD09 programa de tecnovigilancia 01TB01   | Mantenimiento de listas de chequeo, control de calidad   |  | Verificar el correcto funcionamiento de los equipos para el procesamiento de muestras | Profesional en laboratorio terapia, patología | Diario            | Controlar el adecuado funcionamiento de los equipos biomédicos        | Procedimientos técnicos para la preparación de equipos reactivos para el procesamiento de muestras de 02AD09 programa de tecnovigilancia 01TB01   | Reinducción en el puesto de trabajo en tiempo real, productos No conformes; Novedades de seguridad de paciente.   | Mantenimiento de listas de chequeo, control de calidad   |
| Possibilidad de generar un reporte de apoyo diagnóstico o incorrecto | Verificar el cumplimiento del programa de reactivo vigilancia                         | Profesional en laboratorio terapia, patología | Diario            | Controlar el uso y desempeño de los reactivos de diagnóstico in vitro | programa de reactivo vigilancia 01AD01, Registro de alertas de reactivo vigilancia 05AD49, Protocolo de solicitud, recepción, almacenamiento y distribución de reactivos e insumos de apoyo diagnóstico 03AD07, | Kardex, lista de chequeo de recepción de pedidos proveedores externos 05AD15, kardex de reactivos 05AD16, software de control de calidad analítico | Possibilidad de generar un reporte de apoyo diagnóstico o incorrecto | Verificar el cumplimiento del programa de reactivo vigilancia                         | Profesional en laboratorio terapia, patología | Diario            | Controlar el uso y desempeño de los reactivos de diagnóstico in vitro | programa de reactivo vigilancia 01AD01, Registro de alertas de reactivo vigilancia 05AD49, Protocolo de solicitud, recepción, almacenamiento y distribución de reactivos e insumos de apoyo diagnóstico 03AD07, | Reinducción en el puesto de trabajo en tiempo real, productos conformes; Novedades de seguridad de paciente, revisión de las alertas en el software de control de calidad | Kardex, lista de chequeo de recepción de pedidos proveedores externos 05AD15, kardex de reactivos 05AD16, software de control de calidad analítico |

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



ERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO | CONTROL   | RESPONSABLE 2020                                   | PERIODICIDAD 2020  | PROPOSITO DEL CONTROL 2020                  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020   | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DEL EJECUCIÓN N 2020                                   | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020  | RIESGO 2019 | CONTROL 2019  | RESPONSABLE 2019                                  | PERIODICIDAD 2019  | PROPOSITO DEL CONTROL 2019                  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019  | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DEL EJECUCIÓN N 2019                                   | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019           |
|--------|---|--|--|---|---|---|---|-------------|---|---|--|---|--|---|--|
|        | Verificar el desempeño de control de calidad de cada una de las pruebas | Profesional en laboratorio coordinadora de calidad | Diario   | Generar resultados confiables               | Control de calidad 02AD06, Preparación de equipos y reactivos para el procesamiento de muestras 02AD09, Procesamiento, análisis y reporte de resultados 02AD10. | Reinducción en puesto de trabajo real, productos conformes; Novedades de seguridad de paciente. | listas de chequeo de mantenimientos en software LabCORE, software de control de calidad analítico, Control de calidad externo, formato de análisis de control de calidad 05AD18 |             | Verificar el desempeño de control de calidad de cada una de las pruebas | Profesional en laboratorio coordinador de calidad | Diano  | Garantizar resultados correctos y oportunos | Control de calidad 02AD06, Preparación de equipos y reactivos para el procesamiento de muestras 02AD09, Procesamiento, análisis y reporte de resultados 02AD10 | Reinducción en puesto de trabajo real, productos conformes; Novedades de seguridad de paciente. | listas de chequeo, alarmas en el software, |
|        | verificar el correcto Procesamiento y lectura de muestras               | Profesional en laboratorio patología               | Una vez este lista la muestra para procesar o para lectura | Garantizar resultados correctos y oportunos | Procedimientos técnicos, Procedimiento procesamiento y análisis de reporte de resultados 02AD10   | Reinducción en puesto de trabajo real, productos conformes; Novedades de seguridad de paciente. | listas de chequeo, alarmas en el software,  |             | verificar el correcto Procesamiento y lectura muestra                   | Profesional en laboratorio patología              | Una vez este lista la muestra para procesar o para lectura | Garantizar resultados correctos y oportunos | Procedimientos técnicos, Procedimiento procesamiento y análisis de reporte de resultados 02AD10  | Reinducción en puesto de trabajo real, productos conformes; Novedades de seguridad de paciente. | listas de chequeo, alarmas en el software, |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO | CONTROL   | RESPONSABLE 2020                     | PERIODICIDAD 2020  | PROPÓSITO DEL CONTROL 2020   | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020   | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN N 2020                                       | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020   | RIESGO 2019 | CONTROL 2019  | RESPONSABLE 2019                     | PERIODICIDAD 2019  | PROPÓSITO DEL CONTROL 2019   | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019  | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN N 2019                                       | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019   |
|--------|---|--------------------------------------|--|--|---|---|--|-------------|---|--------------------------------------|--|--|--|---|--|
|        | No se cumple con los procedimientos de verificación y lectura de muestras | Profesional en laboratorio patología | Cuando se detecta un error en el procesamiento y lectura de muestras | Garantizar el resultado correctos y oportunos  | Procedimiento de análisis y reporte de resultados 02AD10  | Reinducción en el puesto de trabajo en tiempo real.   | Error generado en el procesamiento y lectura de muestras, producto no conforme, novedades de seguridad |             | No se cumple con los procedimientos de verificación y lectura de muestras | Profesional en laboratorio patología | Cuando se detecta un error en el procesamiento y lectura de muestras | Garantizar resultados correctos y oportunos  | Procedimiento de procesamiento y análisis de reportes de resultados 02AD10   | Reinducción en el puesto de trabajo en tiempo real.   | Garantizar resultados correctos y oportunos                                      |
|        | Verificar la transmisión de resultados sistemáticamente                   | Profesional en laboratorio           | Antes de validar el resultado de pruebas sistemáticas                | Garantizar la confiabilidad y seguridad del reporte para dar continuidad a la atención | Procedimiento de análisis y reporte de resultados 02AD10, correlación y validación de resultados 03AD16, comunicación bidireccional entre software y analizadores | Reinducción en el puesto de trabajo en tiempo real. No conformes; Novedades de seguridad de paciente. | trazabilidad en labcore, alarmas en el software, desviaciones en los históricos,                       |             | Verificar la transmisión de resultados sistemáticamente                   | Profesional en laboratorio           | Antes de validar el resultado de pruebas sistemáticas                | Garantizar la confiabilidad y seguridad del reporte para dar continuidad a la atención | Procedimiento de procesamiento y reporte de resultados 02AD10, correlación y validación de resultados 03AD16, comunicación bidireccional entre software y analizadores | Reinducción en el puesto de trabajo en tiempo real. No conformes; Novedades de seguridad de paciente. | trazabilidad en labcore, alarmas en el software, desviaciones en los históricos, |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO | CONTROL                                  | RESPONSA<br>BLE 2020   | PERIODICI<br>DAD 2020                                    | PROPOS<br>ITO DEL<br>CONTRO<br>L 2020  | COMO<br>REALIZA<br>ACTIVIDAD DE<br>CONTROL<br>2020   | EVIDENCIA<br>DE LA<br>EJECUCIÓN<br>N 2020   | RIESGO<br>2019 | CONTROL 2019                             | RESPONS<br>ABLE 2019  | PERIODICI<br>DAD 2019                                    | PROPOSIT<br>O DEL<br>CONTROL<br>2019  | COMO<br>REALIZA<br>ACTIVIDAD DE<br>CONTROL<br>2019   | OBSERVA<br>CIONES O<br>DESVIACI<br>ONES<br>RESULTA<br>NTES<br>DE LA<br>EJECUCIÓN<br>N 2019                | EVIDENCIA<br>DE LA<br>EJECUCIÓN<br>N 2019   |
|--------|--|--|--|--|--|---|----------------|--|---|--|---|--|---|---|
|        | Verificar la transcripción de resultados | Profesional en laboratorio patología   | Antes de validar el resultado de pruebas manuales        | Garantizar la confiabilidad y seguridad del reporte para dar continuidad a la atención | Procedimiento de procesamiento y reporte de resultados de 02AD10, correlación y validación de resultados de 03AD16 | alarmas en el software, desviaciones de los históricos de registro de resultados manuales en notas intermas en Labcore, resultados generados por los analizadores |                | Verificar la transcripción de resultados | Profesional en laboratorio  | Antes de validar el resultado de pruebas sistematizadas  | Garantizar la confiabilidad y seguridad del reporte para dar continuidad a la atención      | Procedimiento de procesamiento y reporte de resultados de 02AD10, correlación y validación de resultados de 03AD16, comunicación bidireccional entre software y analizadores | Reinducción en puesto de trabajo en tiempo real, productos conformes; Novedades de seguridad de paciente. | trazabilidad en labcore, alarmas en el software, desviaciones en los históricos,                      |
|        | Resultado con error en la transcripción  | Profesional en laboratorio patología, médico, auditoria concurrente y paciente y familia, seguridad de paciente, PBS, entidades responsables de pago | Cuando se detecta un error de transcripción en resultado | Garantizar la confiabilidad y seguridad del reporte para dar continuidad a la atención | Procedimiento de procesamiento y reporte de resultados de 02AD10, correlación y validación de resultados de 03AD16 | Resultado validado y con error de transcripción ( software de laboratorio, queja, producto no conforme )  |                | Resultado con error en transcripción     | Profesional en laboratorio patología, médico, auditoria concurrente y familia, seguridad de paciente, PBS, entidades responsables de pago | Cuando se detecta un error de transcripción de resultado | Reinducción en puesto de trabajo real, corrección inmediata en software e informe al médico | Procedimiento de procesamiento y reporte de resultados de 02AD10, correlación y validación de resultados de 03AD16   | Resultado validado y con error de transcripción ( software de laboratorio, queja, producto no conforme )  | Reinducción en puesto de trabajo en tiempo real, corrección inmediata en software e informe al médico |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO  | CONTROL   | RESPONSE<br>BLE 2020          | PERIODICIDAD<br>DAD 2020                              | PROPOSITO<br>DEL CONTROL<br>L 2020                               | COMO<br>REALIZA<br>ACTIVIDAD DE<br>CONTROL<br>2020 | SE<br>LA<br>RESULTA<br>DE LA<br>EJECUCIÓN<br>N 2020                                    | EVIDENCIA<br>DE LA<br>EJECUCIÓN<br>N 2020   | RIESGO<br>2019   | CONTROL 2019  | RESPONSABLE<br>2019           | PERIODICIDAD<br>DAD 2019                              | PROPOSITO<br>DEL CONTROL<br>2019           | COMO<br>REALIZA<br>ACTIVIDAD DE<br>CONTROL<br>2019 | SE<br>LA<br>RESULTA<br>DE LA<br>EJECUCIÓN<br>N 2019 | EVIDENCIA<br>DE LA<br>EJECUCIÓN<br>N 2019                      |
|---|---|-------------------------------|---|--|--|--|---|--|---|-------------------------------|---|--|--|---|--|
| Posibilidad de generar una inoportunidad en el reporte  | Verificar la solicitud del examen                     | Personal asistencial          | Cada vez que se solicita un examen                    | Realizar el procesamiento de exámenes de laboratorio y patología | Tablero control                                    | Reinducción en tiempo real. Novedades de seguridad de paciente, Productos no conformes | Software de Laboratorio, comunicación DHG-LABCORE, DHG-PATCORE                                  | Posibilidad de generar una inoportunidad en el reporte | Verificar solicitud del examen                        | Médico, auditoría concurrente | Cada vez que consulta resultados de apoyo diagnóstico | Dar continuidad a la atención del paciente | Revisar resultados en la intranet                  | Análisis de los casos y acciones pertinentes        | Software de Laboratorio, comunicación DHG-LABCORE, DHG-PATCORE |
| Queja, producto no conforme, novedades de seguridad, informe periódico de auditoría concurrente | Identificar la demora o inoportunidad de los reportes | Médico, auditoría concurrente | Cada vez que consulta resultados de apoyo diagnóstico | Dar continuidad a la atención del paciente                       | Revisar resultados en la intranet                  | Reinducción en tiempo real. Novedades de seguridad de paciente, Productos no conformes | Queja, producto no conforme, novedades de seguridad, informe periódico de auditoría concurrente | Posibilidad de generar una inoportunidad en el reporte | Identificar la demora o inoportunidad de los reportes | Médico, auditoría concurrente | Cada vez que consulta resultados de apoyo diagnóstico | Dar continuidad a la atención del paciente | Revisar resultados en la intranet                  | Análisis de los casos y acciones pertinentes        | Software de Laboratorio, comunicación DHG-LABCORE, DHG-PATCORE |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO | CONTROL  | RESPONSABLE 2020                     | PERIODICIDAD 2020   | PROPOSITO DEL CONTROL 2020  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020   | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN N 2020                        | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020   | RIESGO 2019 | CONTROL 2019                                     | RESPONSABLE 2019                     | PERIODICIDAD 2019   | PROPOSITO DEL CONTROL 2019  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019   | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN N 2019                        | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019   |
|--------|--|--------------------------------------|---|---|---|--|--|-------------|--|--------------------------------------|---|---|---|--|--|
|        | Informar el resultado con valor crítico          | Profesional en laboratorio patología | Cada vez que se valida un resultado con valores críticos  | Alertar al médico sobre la condición del paciente                                 | Protocolo alarmas resultados críticos 03AD15, de informe resultados críticos vía telefónica | Reinducción en tiempo real. Novedades de seguridad de paciente, Productos no conformes | Alarma en Labcore, informe de resultados críticos vía telefónica 05AD19                      |             | Informar el resultado con valor crítico          | Profesional en laboratorio patología | Cada vez que se valida un resultado con valores críticos  | Alertar al médico sobre la condición del paciente                                 | Protocolo alarmas resultados críticos 03AD15, de informe resultados críticos vía telefónica | Reinducción en tiempo real. Novedades de seguridad de paciente, Productos no conformes | Alarma en Labcore, informe de resultados críticos vía telefónica 05AD19                      |
|        | Se omite informar el resultado con valor crítico | Médico, auditoría concurrente        | Cada vez que no se reporta un resultado con valor crítico | Notificar al laboratorio o a patología la omisión del resultado con valor crítico | Protocolo alarmas resultados críticos 03AD15  | Reinducción en tiempo real.  | Resultado en Labcore formato de reporte de resultados críticos, queja, producto no conforme. |             | Se omite informar el resultado con valor crítico | Médico, auditoría concurrente        | Cada vez que no se reporta un resultado con valor crítico | Notificar al laboratorio o a patología la omisión del resultado con valor crítico | Protocolo alarmas resultados críticos 03AD15  | Reinducción en tiempo real.  | Resultado en Labcore formato de reporte de resultados críticos, queja, producto no conforme. |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO  | CONTROL                     | RESPONSABLE 2020          | PERIODICIDAD 2020 | PROPOSITO DEL CONTROL 2020                                       | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020                     | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN N 2020   | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020                                  | RIESGO 2019 | CONTROL 2019                | RESPONSABLE 2019          | PERIODICIDAD 2019 | PROPOSITO DEL CONTROL 2019                                       | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019                     | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN N 2019        | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019            |
|---|-----------------------------|---------------------------|-------------------|--|---|---|---|-------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------|--|---|--|---|
| Possibilidad de inopuntidad de la atención del paciente en el servicio de urgencias | Verifica con informe medico | Subdirección de Urgencias | Diariamente       | Para evitar acciones que conlleven a la criticidad del paciente. | Procedimiento 02PU08 Entrega de turno medico - administrativo | analisis y Acta entrega de turno a la inopuntidad de la atención. | Formato de entrega de código 05PU03 Entrega de turno de Urgencias |             | Verifica con informe medico | Subdirección de Urgencias | Diariamente       | para evitar acciones que conlleven a la criticidad del paciente. | Procedimiento 02PU08 Entrega de turno medico - administrativo | análisis y dar soluciones prontamente a la inopuntidad de la atención. | Formato Acta entrega de turno código 05PU03 |
| Possibilidad de inopuntidad de la atención del paciente en el servicio de urgencias | Verifica con informe medico | Subdirección de Urgencias | Diariamente       | Para evitar acciones que conlleven a la criticidad del paciente. | Procedimiento 02PU08 Entrega de turno medico - administrativo | analisis y Acta entrega de turno a la inopuntidad de la atención. | Formato de entrega de código 05PU03 Entrega de turno de Urgencias |             | Verifica con informe medico | Subdirección de Urgencias | Diariamente       | para evitar acciones que conlleven a la criticidad del paciente. | Procedimiento 02PU08 Entrega de turno medico - administrativo | análisis y dar soluciones prontamente a la inopuntidad de la atención. | Formato Acta entrega de turno código 05PU03 |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO | CONTROL   | RESPONSABLE 2020          | PERIODICIDAD 2020 | PROPÓSITO DEL CONTROL 2020   | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020  | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020  | RIESGO 2019 | CONTROL 2019  | RESPONSABLE 2019          | PERIODICIDAD 2019 | PROPÓSITO DEL CONTROL 2019   | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019  | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN N 2019                    | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019  |
|--------|---|---------------------------|-------------------|--|--|---|-------------|---|---------------------------|-------------------|--|--|--|---|
|        | seguimiento a los tiempos de respuesta a Interconsultas   | Subdirección de Urgencias | Mensualmente      | disminuir la inopuntidad al brindar integralidad en la atención      | Procedimiento Interconsulta código 02PU03  | Indicador en Tuci (1260,1259, 1262, 1261, 1263) Informe de Gestión de Urgencias |             | seguimiento a los tiempos de respuesta a Interconsultas   | Subdirección de Urgencias | Mensualmente      | disminuir la inopuntidad al brindar integralidad en la atención      | Procedimiento Interconsulta código 02PU03  | Informe al Subdirector del área y la Dirección Científica                          | Indicador en Tuci (1260,1259, 1262, 1261, 1263) Informe de Gestión de Urgencias |
|        | verificar los tiempos de interpretación de las ayudas diagnósticas solicitadas por el Médico de Urgencias | Auditor concurrente       | mensualmente      | brindar oportunidad en la lectura de ayudas diagnósticas solicitadas | medición en horas desde el momento de la validación del resultado DGH hasta la interpretación por Médico en historia clínica | Informe de auditoría  |             | verificar los tiempos de interpretación de las ayudas diagnósticas solicitadas por el Médico de Urgencias | Auditor concurrente       | mensualmente      | brindar oportunidad en la lectura de ayudas diagnósticas solicitadas | medición en horas desde el momento de la validación del resultado DGH hasta la interpretación por Médico en historia clínica | análisis y se toman correctivos en las reuniones del equipo primario de Urgencias. | Informe de auditoría  |

# OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO  | CONTROL  | RESPONSE<br>BLE 2020 | PERIODICIDAD<br>DAD 2020 | PROPOSITO DEL<br>CONTROL<br>L 2020  | COMO REALIZA<br>LA ACTIVIDAD DE<br>CONTROL<br>2020           | OBSERVACIONES<br>O DESVIACIONES<br>RESULTANTES<br>DE LA EJECUCIÓN<br>N 2020                                    | EVIDENCIA DE LA<br>EJECUCIÓN<br>N 2020         | RIESGO<br>2019  | CONTROL 2019   | RESPONSABLE<br>2019                               | PERIODICIDAD<br>DAD 2019 | PROPOSITO DEL<br>CONTROL<br>2019                           | COMO REALIZA<br>LA ACTIVIDAD DE<br>CONTROL<br>2019 | OBSERVACIONES<br>O DESVIACIONES<br>RESULTANTES<br>DE LA EJECUCIÓN<br>N 2019                                    | EVIDENCIA DE LA<br>EJECUCIÓN<br>N 2019       |
|---|--|----------------------|--------------------------|---|--|--|--|---|--|---|--------------------------|--|--|--|--|
| 1. Comunicación e implementación de acciones estratégicas inoportunas | Reciban lineamientos gerenciales y proponen acciones que conduzcan al cumplimiento de los objetivos estratégicos | Los Directores       | Semanalmente             | La toma de decisión oportuna desde el nivel directivo. En caso de presentarse inoportunidad en la comunicación e implementación de acciones estratégicas, el Gerente designar | De acuerdo al procedimiento Comités Directivos código 02DE12 | se contacta con el servicio de ayudas diagnósticas (Laboratorio y/o Imagenología) para dar solución inmediata. | Actas de comité directivos o comités ampliados | 1. Comunicación e implementación de acciones estratégicas inoportunas | Reciban lineamientos gerenciales y proponen acciones que conduzcan al cumplimiento de los objetivos estratégicos | Directores asisten cada semana a comité directivo | Semanalmente             | para realizar la revaloración y realizar el plan de manejo | mediante la consulta en la historia clínica        | se contacta con el servicio de ayudas diagnósticas (Laboratorio y/o Imagenología) para dar solución inmediata. | actas de comité directivo. Actas de reunión. |
| 1. Comunicación e implementación de acciones estratégicas inoportunas | Reciban lineamientos gerenciales y proponen acciones que conduzcan al cumplimiento de los objetivos estratégicos | Los Directores       | Semanalmente             | La toma de decisión oportuna desde el nivel directivo. En caso de presentarse inoportunidad en la comunicación e implementación de acciones estratégicas, el Gerente designar | De acuerdo al procedimiento Comités Directivos código 02DE12 | se contacta con el servicio de ayudas diagnósticas (Laboratorio y/o Imagenología) para dar solución inmediata. | Actas de comité directivos o comités ampliados | 1. Comunicación e implementación de acciones estratégicas inoportunas | Reciban lineamientos gerenciales y proponen acciones que conduzcan al cumplimiento de los objetivos estratégicos | Directores asisten cada semana a comité directivo | Semanalmente             | para realizar la revaloración y realizar el plan de manejo | mediante la consulta en la historia clínica        | se contacta con el servicio de ayudas diagnósticas (Laboratorio y/o Imagenología) para dar solución inmediata. | actas de comité directivo. Actas de reunión. |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO | CONTROL | RESPONSABLE 2020 | PERIODICIDAD 2020 | PROPOSITO DEL CONTROL 2020  | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020                           | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020                      | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN N 2020   | RESPONSABLE 2019  | CONTROL 2019  | PERIODICIDAD 2019 | PROPOSITO DEL CONTROL 2019 | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019  | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN N 2019 | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019 |
|--------|---------|------------------|-------------------|---|---|---|---|---|---|-------------------|----------------------------|--|---|----------------------------------|
|        |         |                  |                   | <p>á a un Director responsable para definir y formular el plan de mejora de acuerdo a la metodología institucional.</p> | <p>De acuerdo al procedimiento Comités Directivos código 02DE12</p> | <p>Actas de comité directivos o comités ampliados</p> |   |   |   |                   |                            | <p>Comunican a los líderes de procesos, Subdirectores y al equipo de planeación y calidad los lineamientos directivos.</p> |   | <p>Actas de reunión.</p>         |
|        |         |                  |                   | <p>La toma de decisión oportuna desde el nivel directivo</p>  | <p>De acuerdo al procedimiento Comités Directivos código 02DE12</p> | <p>Actas de comité directivos o comités ampliados</p> | <p>En caso de presentarse inoportunidad en la toma de decisiones desde el nivel directivo se realizará comité directivo para buscar nuevas estrategias para la toma de decisiones</p> | <p>El gerente y los directores y jefes de oficina comunican</p> | <p>Comunican a los líderes de procesos, Subdirectores y al equipo de planeación y calidad los lineamientos directivos</p> |                   |                            | <p>procedimiento de comités directivo 02DE12-V1 los lineamientos directivos.</p>   |   |                                  |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO  | CONTROL  | RESPONSE<br>BLE 2020  | PERIODICIDAD<br>DAD 2020  | PROPOSITO<br>DEL CONTROL<br>L 2020             | COMO<br>REALIZA<br>LA ACTIVIDAD DE<br>CONTROL<br>2020                                     | OBSERVACIONES<br>O DESVIACIONES<br>RESULTANTES<br>DE LA EJECUCIÓN<br>N 2020  | EVIDENCIA<br>DE LA EJECUCIÓN<br>N 2020 | RIESGO<br>2019                                      | CONTROL 2019   | RESPONSABLE<br>2019   | PERIODICIDAD<br>DAD 2019                                      | PROPOSITO<br>DEL CONTROL<br>2019               | COMO<br>REALIZA<br>LA ACTIVIDAD DE<br>CONTROL<br>2019                                    | OBSERVACIONES<br>O DESVIACIONES<br>RESULTANTES<br>DE LA EJECUCIÓN<br>N 2019  | EVIDENCIA<br>DE LA EJECUCIÓN<br>N 2019 |
|---|--|---|---|--|---|--|--|---|--|---|---|--|--|--|--|
| Possibilidad de extravasación de medio de contraste | verifica criterios de permeabilidad de la vena, (catéter 16 o 18, inyección de prueba, revise el tiempo de instauración, y verificación de flebitis) | Auxiliar de enfermería o Tecnólogo de Imágenes Diagnósticas | en el momento de alistar el paciente para la toma del estudio     | prevenir extravasación de medio de contraste   | según protocolo de administración de medios de contraste y manejo de reacciones adversas. | e reporta como novedad de servicio realiza trazabilidad y análisis y se realiza las actividades de mejora  | registros de historia clínica          | Possibilidad de extravasación de medio de contraste | verifica criterios de permeabilidad de la vena, (catéter 16 o 18, inyección de prueba, revise el tiempo de instauración, y verificación de flebitis) | Auxiliar de enfermería o Tecnólogo de Imágenes Diagnósticas | en el momento de alistar el paciente para la toma del estudio | prevenir extravasación de medio de contraste   | según protocolo de administración de medios de contraste y manejo de reacciones adversas | se reporta como novedad de servicio realiza trazabilidad y análisis y se realiza las actividades de mejora   | registros de historia clínica          |
| Possibilidad de extravasación de medio de contraste | disminuir la cantidad de medio infiltrado.   | auxiliar de enfermería y medico radiólogo                   | en de detectar la extravasación por medio del paciente la imagen. | prevenir mayores complicaciones en el paciente | según protocolo de administración de medios de contraste y manejo de reacciones adversas. | se reporta como novedad de seguridad del paciente se analizan las causas, se realiza la clasificación de acuerdo a los hallazgos, y se generan oportunidad de mejora si se | registros de historia clínica          | Possibilidad de extravasación de medio de contraste | Disminuir la cantidad de medio infiltrado.   | auxiliar de enfermería y medico radiólogo                   |   | prevenir mayores complicaciones en el paciente | según protocolo de administración de medios de contraste y manejo de reacciones adversas | se reporta como novedad de seguridad del paciente se analizan las causas, se realiza la clasificación de acuerdo a los hallazgos, y se generan oportunidad de mejora si se | registros de historia clínica          |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO  | CONTROL   | RESPONSABLE 2020                   | PERIODICIDAD 2020  | PROPOSITO DEL CONTROL 2020                             | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2020                         | SE DESVIACIONES RESULTANTES DEL EJECUCIÓN N 2020 | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2020                | RIESGO 2019   | CONTROL 2019  | RESPONSABLE 2019                   | PERIODICIDAD 2019   | PROPOSITO DEL CONTROL 2019                             | COMO REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL 2019                         | SE DESVIACIONES RESULTANTES DEL EJECUCIÓN N 2019 | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN N 2019                |
|---|---|------------------------------------|--|--|---|--|---|---|---|------------------------------------|---|--|---|--|---|
| Inoportunidad de la atención en el proceso de Imágenes Diagnósticas | programa el de acuerdo a la prioridad               | Auxiliar de enfermería             | al momento de generar una orden para la toma de un estudio Diagnóstico o terapéutico | para realizar una programación oportuna y segura       | según procedimiento 02ID02 Recepción y programación de pacientes. | amenita.   | indicadores de oportunidad de historia clínica. | Auxiliar de enfermería  | programa el de acuerdo a la prioridad               | Sistema de información tecnología. | al momento de evidenciar una orden medica pendiente por programar | para controlar los pacientes pendientes por programar. | según procedimiento 02ID02 Recepción y programación de pacientes. | amenita.   | indicadores de oportunidad de historia clínica. |
| Inoportunidad de la atención en el proceso de Imágenes Diagnósticas | administrar las agendas y la modalidad de la orden. | Sistema de información tecnología. | al momento de evidenciar una orden medica pendiente por programar                    | para controlar los pacientes pendientes por programar. | según procedimiento 02ID02 Recepción y programación de pacientes. | amenita.   | indicadores de oportunidad de historia clínica. | Inoportunidad de la atención en el proceso de Imágenes Diagnósticas | administrar las agendas y la modalidad de la orden. | Sistema de información tecnología. | al momento de evidenciar una orden medica pendiente por programar | para controlar los pacientes pendientes por programar. | según procedimiento 02ID02 Recepción y programación de pacientes. | amenita.   | indicadores de oportunidad de historia clínica. |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| RIESGO  | CONTROL   | RESPONSE<br>BLE 2020                                    | PERIODICIDAD<br>DAD 2020 | PROPOSITO<br>DEL CONTROL<br>L 2020                                  | COMO<br>REALIZA<br>LA ACTIVIDAD DE<br>CONTROL<br>2020                   | OBSERVACIONES<br>O DESVIACIONES<br>RESULTANTES<br>DE LA EJECUCIÓN<br>N 2020 | EVIDENCIA<br>DE LA EJECUCIÓN<br>N 2020  | RIESGO<br>2019 | CONTROL 2019  | RESPONSABLE<br>2019                  | PERIODICIDAD<br>DAD 2019 | PROPOSITO<br>DEL CONTROL<br>2019                                    | COMO<br>REALIZA<br>LA ACTIVIDAD DE<br>CONTROL<br>2019                   | OBSERVACIONES<br>O DESVIACIONES<br>RESULTANTES<br>DE LA EJECUCIÓN<br>N 2019 | EVIDENCIA<br>DE LA EJECUCIÓN<br>N 2019  |
|---|---|---|--------------------------|---|---|---|---|----------------|---|--------------------------------------|--------------------------|---|---|---|---|
| seguimiento a las novedades de preparación.             | seguimiento a las novedades de preparación.             | seguimiento a las novedades de preparación.             | trimestralmente          | para controlar y evidenciar el número de apacientes mal preparados. | según procedimiento 021D01 Toma o realización de imágenes Diagnósticas. | análisis trimestral y oportunidad es mejora si se requirieren.              | formato Novedades de preparación y causas de retraso en la atención de pacientes. 05ID208 Indicador de Novedades de preparación |                | Seguimiento a las novedades de preparación.                 | coordinador de imágenes Diagnósticas | trimestralmente          | para controlar y evidenciar el número de apacientes mal preparados. | según procedimiento 021D01 Toma o realización de imágenes Diagnósticas. | análisis trimestral y oportunidad es mejora si se requirieren.              | formato Novedades de preparación y causas de retraso en la atención de pacientes. 05ID208 Indicador de Novedades de preparación |
| seguimiento a los resultados y realización de estudios. | seguimiento a los resultados y realización de estudios. | seguimiento a los resultados y realización de estudios. | de forma diaria          | para controlar los tiempos de oportunidad                           | por medio de auditoría concurrente diaria.                              | se reporta al área involucrada para gestionar examen o reporte.             | por medio de reporte de Novedades de auditoría concurrente  |                | Seguimiento a los resultados y realización de los estudios. | Auditoría concurrente                | de forma diaria          | para controlar los tiempos de oportunidad                           | por medio de auditoría concurrente diaria.                              | e reporta al área involucrada para gestionar examen o reporte.              | por medio de reporte de Novedades de auditoría concurrente  |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

**ANEXO 2.**

**EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES DE LA MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2020**

| PROCESO            | RIESGO  | CONTROL  | RESPONSA<br>BLE | PERIOD<br>ICIDAD | PROP<br>OSITO<br>DEL<br>CONT<br>ROL | COMO<br>SE<br>REALIZ<br>A LA<br>ACTIVID<br>AD DE<br>CONTR<br>OL | OBSER<br>VACION<br>ES O<br>DESVIA<br>CIONES<br>RESULT<br>ANTES<br>DE LA<br>EJECU<br>CIÓN | EVIDEN<br>CIA DE<br>LA<br>EJECU<br>CIÓN |
|--------------------|---|--|-----------------|------------------|-------------------------------------|---|--|---|
| BANCO DE<br>SANGRE | Aumento de la posibilidad Que no haya respuesta masiva,               | Promoción de la donación intra y extra institucional   | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 1                                       |
|                    | Posibilidad Unidades no optimas por falsedad en respuesta del donante | Se cumpla con criterios de selección de la donación basada en la normatividad vigente ( Uso de encuesta unificada a nivel nacional y Apoyo en el diligenciamiento) | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 1                                       |
|                    | Posibles Unidades vencidas en disponibilidad                          | Se cumpla con los criterios de calidad con la normatividad vigente.  | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 1                                       |
|                    | Posible Confusión de muestras   | Se cumpla con los criterios de calidad en la identificación correcta.  | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 1                                       |
|                    | Posibles Falsos negativos   | Se cumpla con los criterios para la liberación y sellado de componentes y normatividad vigencia.   | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 1                                       |
|                    | Posible Liberación errada   | Se cumpla con los criterios para la liberación y sellado de componentes y normatividad vigencia.   | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 1                                       |
|                    | Posible Generación errada de sello                                    | Se cumpla con los criterios para la liberación y sellado de componentes y normatividad vigencia.   | 0               | 0                | 0                                   | 1   | 0  | 1                                       |
|                    | Posible solicitud inadecuada de hemocomponentes                       | Se Compatibilice las de unidades de manera adecuada  | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 1                                       |
|                    | Posible No disponibilidad de hemocomponentes ( Mínimos existentes)    | Se despache componentes intrahospitalario de forma suficiente  | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 1                                       |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



|              |                     |                       |
|--------------|---------------------|-----------------------|
| VERSIÓN: 1.0 | FORMATO: INFORME... | CODIGO DEL DOCUMENTO: |
|--------------|---------------------|-----------------------|

| PROCESO    | RIESGO   | CONTROL  | RESPONSABLE | PERIODICIDAD | PROPÓSITO DEL CONTROL | COMO SE REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN |
|------------|--|--|-------------|--------------|-----------------------|---|--|---------------------------|
|            | Probabilidad de transfusión a Paciente incorrecto  | Se realice la transfusión del Hemocomponente al paciente correcto  | 0           | 0            | 1                     | 0                                       | 0  | 1                         |
|            | Posible Reacción adversa a la Transfusión (RAT)  | Se realice un adecuado manejo de reacciones adversa a la transfusión   | 0           | 0            | 1                     | 0                                       | 0  | 1                         |
|            | Posible Detección inoportuna de Reacciones adversas relacionadas con hemocomponentes       | Se realice un adecuado manejo de reacciones adversa a la transfusión de forma oportuna   | 0           | 0            | 1                     | 0                                       | 0  | 1                         |
|            | Posible Manejo inadecuado Reacciones adversas relacionadas con hemocomponentes             | Se realice un adecuado manejo de reacciones adversa a la transfusión   | 0           | 0            | 1                     | 0                                       | 0  | 1                         |
|            | Posibles Fallas en el análisis de las Reacciones adversas relacionadas con hemocomponentes | Se realice un adecuado manejo de reacciones adversa a la transfusión   | 0           | 0            | 1                     | 0                                       | 0  | 1                         |
|            | Posible Inoportunidad en resultados laboratorio clínico                                    | Realización de exámenes oportunos recepcionados en el laboratorio clínico y realizados en el servicio transfusional.                                       | 0           | 0            | 1                     | 0                                       | 0  | 1                         |
| FINANCIERA | Baja o Nula rentabilidad   | VERIFICACIÓN DE RENTABILIDAD POR AREAS<br>verifica los registros contables en el módulo costos   | 0           | 0            | 1                     | 0                                       | 0  | 1                         |
|            |  | SEGUIMIENTO DE RESULTADOS DE RENTABILIDAD EN COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD CONTABLE Y FINANCIERO<br>analiza trimestralmente e el informe de costos por procesos | 0           | 1            | 1                     | 1                                       | 0  | 1                         |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| PROCESO                                 | RIESGO | CONTROL   | RESPONSA<br>BLE | PERIOD<br>ICIDAD | PROP<br>OSITO<br>DEL<br>CONT<br>ROL | COMO<br>SE<br>REALIZ<br>A LA<br>ACTIVID<br>AD DE<br>CONTR<br>OL | OBSER<br>VACION<br>ES O<br>DESVIA<br>CIONES<br>RESULT<br>ANTES<br>DE LA<br>EJECU<br>CIÓN | EVIDEN<br>CIA DE<br>LA<br>EJECU<br>CIÓN |
|---|--------|---|-----------------|------------------|-------------------------------------|---|--|---|
| 4. Pago inoportuno de las obligaciones. |        | CAUSACIÓN DE ORDENES DE PAGO EN ORDEN CRONOLÓGICO<br>Verifica que las facturas y/o cuentas de cobro se reciban dentro del corte establecido en circular de cierre (25 de cada mes) y se causen a totalidad al cierre del mes.   | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 1                                       |
|   |        | ELABORACIÓN DE LA ORDEN DE PAGO<br>Verifica que las ordenes de pago se elaboren de acuerdo al orden cronológico de la factura y/o requisitos establecidos contractualmente y según edad de la obligación  | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 1                                       |
|   |        | CONTROL A ORDENES DE PAGO CON DEVOLUCIÓN<br>Efectúa seguimiento a las ordenes de pago devueltas por Gerencia debido al incumplimiento en la totalidad de los requisitos y las registra en el libro de devoluciones formato 05GF13 (físico y digital) adicionalmente emite y envía comunicaciones para casos específicos en Bogotá, Unidad Funcional Zipaquirá y el Regional Zipaquirá | 1               | 1                | 1                                   | 0   | 0  | 1                                       |
|   |        | :FIRMA ORDENADOR DEL GASTO<br>verificar que cumplan los requisitos contractuales de pago y que correspondan a un orden cronológico dando prioridad de las acreencias (laborales, proveedores,   | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 1                                       |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| PROCESO | RIESGO  | CONTROL   | RESPONSABLE | PERIODICIDAD | PROPÓSITO DEL CONTROL | COMO SE REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES ANTES DE LA EJECUCIÓN | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN |
|---------|---|---|-------------|--------------|-----------------------|---|--|---------------------------|
|         |   | etc.)   |             |              |                       |   |  |                           |
|         |   | PROGRAMACIÓN DE PAGOS<br>Efectúa la causación contable en el módulo de tesorería y el cargue en el portal bancario y procede al giro bancario al tercero mediante control dual (firmas)   | 1           | 0            | 1                     | 0                                       | 0  | 1                         |
|         | 13. No pago de obligaciones suscritas mediante pagaré | SEGUIMIENTO AL USUARIO PARTICULAR O SIN SEGURIDAD SOCIAL PARA GESTIÓN DE PAGOS<br>Ejecuta el procedimiento establecido 02GF20 para otorgar el crédito y recibir la garantía de pago firmada por el paciente (estudio socio económico entre otros) con el visto bueno de gerencia, dirección financiera, tesorería o responsable en turno administrativo según corresponda | 0           | 0            | 1                     | 1                                       | 0  | 1                         |
|         |   | NOTIFICACIÓN A DEUDORES POR PAGARÉS FIRMADOS<br>Circulariza a cada uno de los deudores de pagarés labor de Gestión de recaudo para lograr pagos por servicios prestados constitución garantía de pago 02GF20  | 0           | 1            | 1                     | 1                                       | 0  | 1                         |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| PROCESO                   | RIESGO  | CONTROL  | RESPONSA<br>BLE | PERIOD<br>ICIDAD | PROP<br>OSITO<br>DEL<br>CON<br>TROL | COMO<br>SE<br>REALIZ<br>A LA<br>ACTIVID<br>AD DE<br>CONTR<br>OL | OBSER<br>VACION<br>ES O<br>DESVIA<br>CIONES<br>RESULT<br>ANTES<br>DE LA<br>EJECU<br>CIÓN | EVIDEN<br>CIA DE<br>LA<br>EJECU<br>CIÓN |
|---------------------------|---|--|-----------------|------------------|-------------------------------------|---|--|---|
|                           |   | CONTROL EVIDENCIAS SOPORTES FISICOS DE PAGARES FIRMADOS Y SEGUIMIENTO A RECAUDO<br>efectúa revisión de los físicos de los pagarés y sus soportes contra egresos de pacientes extractados de sistema institucional.   | 0               | 1                | 1                                   | 0   | 0  | 1                                       |
| ATENCIÓN<br>AL<br>USUARIO | Identificación Inoportuna de las necesidades del Usuario  | Realizar Rondas y Visitas a pacientes hospitalizados   | 0               | 1                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|                           | Estudio Sociales erróneos y/o incompletos   | Realizar estudio social completo y adecuado  | 0               | 1                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|                           | Generación de respuestas inadecuadas o erróneas a los usuarios (Respuestas sin la competencia técnica o no acorde a lo requerido) | Qué. Descripción de los datos mínimos de la PQRSD en el sistema y/o libro de radicados Seguimiento a las fechas de vencimiento Seguimineto a los derivados recordando la emisión de la respuesta. Segundo requerimiento de respuesta de petición a derivados con copia a control Interno. Planilla de asignacion de consecutivos de respuestas donde se verifica la petición y direcciones de envío. | 1               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|                           | Baja concientización de la importancia de planes de mejora asociados a PQRSD críticas o reiteradas por la misma causa.            | Formulación de Acciones correctivas acorde a la metodología Institucional y su publicación en el PUMP del Proceso Involucrado  | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 1                                       |
| TECNOLOGIA BIOMEDICA      | Disminuir el mal uso de la tecnología biomédica y reducir novedades de seguridad  | Obligaciones del oferente descritas en el CCTP (Capacitación con Recurso Externo)  | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 1                                       |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| PROCESO | RIESGO   | CONTROL  | RESPONSA<br>BLE | PERIOD<br>ICIDAD | PROP<br>OSITO<br>DEL<br>CONT<br>ROL | COMO<br>SE<br>REALIZ<br>A LA<br>ACTIVID<br>AD DE<br>CONTR<br>OL | OBSER<br>VACION<br>ES O<br>DESVIA<br>CIONES<br>RESULT<br>ANTES<br>DE LA<br>EJECU<br>CIÓN | EVIDEN<br>CIA DE<br>LA<br>EJECU<br>CIÓN |
|---------|--|--|-----------------|------------------|-------------------------------------|---|--|---|
|         |  | Manual de gestión de la tecnología (Capacitación con recurso propio-externo)   | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 1                                       |
|         |  |  | 0               | 0                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         | Aumento de la posibilidad de Infecciones Asociadas a Sonda Vesical en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos e intermedios | esta atento a la indicación de uso de sonda vesical de cada paciente y da oportunamente la orden de retiro la misma. | 0               | 0                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         |  | esta atento a eventos relacionados con la calidad de los insumos y medicamentos                                      | 0               | 0                | 0                                   | 0   | 0  | 1                                       |
|         |  |  | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         | Aumento de la posibilidad de Infecciones Asociadas a Catéter Central en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos             | esta atento a la indicación de uso de sonda vesical de cada paciente y da oportunamente la orden de retiro la misma. | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         |  | esta atento a eventos relacionados con la calidad de los insumos y medicamentos                                      | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         |  | evalúa el estado del catéter   | 0               | 1                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         |  |  | 0               | 1                | 1                                   | 1   | 0  | 0                                       |
|         | Aumento de la posibilidad de Desalojo de dispositivos médicos en la Unidad de Cuidados Intensivos                            | identificar el estado de agitación mediante la escala de RASS  | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         |  |  | 0               | 0                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         |  | reporta como una novedad de seguridad del paciente,  | 0               | 0                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         | Posibilidad de Displasia Broncopulmonar Neonatos   |  | 0               | 0                | 0                                   | 0   | 0  | 1                                       |
|         |  |  | 1               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 1                                       |
|         |  |  | 0               | 0                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         | Posibilidad de Retinopatía de la prematuridad  |  | 0               | 0                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         |  |  | 0               | 0                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| PROCESO  | RIESGO  | CONTROL   | RESPONSABLE  | PERIODICIDAD | PROPÓSITO DEL CONTROL | COMO SE REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES DE LA EJECUCIÓN | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN |
|--|---|---|--|--------------|-----------------------|---|--|---------------------------|
|  | Neonatos  |   | 0  | 1            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|  |   |   | 0  | 0            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|  |   |   | 0  | 0            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|  | Enterocolitis Necrosante - Neonatos   |   | 0  | 1            | 0                     | 1                                       | 0  | 1                         |
|  |   |   | 0  | 0            | 0                     | 1                                       | 0  | 0                         |
|  |   |   | 0  | 0            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|  | Aumento de posibilidad de Neumonía Asociadas a ventilación mecánica en neonatos         |   | 0  | 0            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|  |   |   | 0  | 0            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|  |   |   | 0  | 0            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|  |   |   | 0  | 0            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|  |   |   | 0  | 0            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|  |   |   | 0  | 0            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|  |   |   | 0  | 0            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|  | Aumento de posibilidad de Infecciones Asociadas a dispositivo intravascular en neonatos |   | 0  | 0            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|  |   |   | 0  | 0            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|  |   |   | 0  | 0            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|  |   |   | 0  | 0            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|  | REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA   | Inoportunidad en la referencia y/o aceptación del pacientes   | Verificar las solicitudes de remisión de la red del departamento de Cundinamarca | 0            | 1                     | 1                                       | 0  | 0                         |
| Registros incorrectos y/o incompletos de información |   | Contacta al profesional remitir para aclarar datos de la información registrada en casos administrativos son con el radioperador y si es la parte medica es con el par. | 0  | 1            | 1                     | 0                                       | 0  | 0                         |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| PROCESO                            | RIESGO                                      | CONTROL   | RESPONSABLE | PERIODICIDAD | PROPÓSITO DEL CONTROL | COMO SE REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES ANTES DE LA EJECUCIÓN | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN |
|------------------------------------|---|---|-------------|--------------|-----------------------|---|--|---------------------------|
| HOTELERÍA<br>A<br>HOSPITALARIA     | Inadecuado manejo de residuos hospitalarios | Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y procedimiento de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios<br>verificación de las actividades en cuanto al manejo de residuos hospitalarios y similares contenidas en el PGIRHS y el procedimiento de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios                  | 0           | 1            | 1                     | 1                                       | 0  | 1                         |
|                                    |   | Capacitación en Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y procedimiento de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios<br>realizar capacitaciones a los auxiliares de servicios generales en Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y procedimiento de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios | 0           | 1            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|                                    |   | Revisión y control del ambiente hotelero<br>Actividad: verificación del correcto manejo de residuos hospitalarios   | 0           | 1            | 1                     | 0                                       | 0  | 0                         |
| ATENCIÓN<br>PACIENTE<br>QUIRURGICO | Inoportunidad en la programación quirúrgica | Monitorear el indicador de oportunidad en la programación   | 0           | 1            | 1                     | 1                                       | 0  | 1                         |
|                                    |   | Oportunidad quirúrgica por especialidad   | 0           | 1            | 1                     | 1                                       | 0  | 1                         |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| PROCESO                            | RIESGO  | CONTROL  | RESPONSA<br>BLE | PERIOD<br>ICIDAD | PROP<br>OSITO<br>DEL<br>CON<br>TROL | COMO<br>SE<br>REALIZ<br>A LA<br>ACTIVID<br>AD DE<br>CONTR<br>OL | OBSER<br>VACION<br>ES O<br>DESVIA<br>CIONES<br>RESULT<br>ANTES<br>DE LA<br>EJECU<br>CIÓN | EVIDEN<br>CIA DE<br>LA<br>EJECU<br>CIÓN |
|------------------------------------|---|--|-----------------|------------------|-------------------------------------|---|--|---|
|                                    | Infecciones del sitio operatorio  | Proporción de infección de sitio operatorio según tipo de cirugía limpia, limpia contaminada.  | 0               | 1                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|                                    |   | Muestreo aleatorio de toma de muestras de cultivos de áreas, superficies y manos (Médicos especialistas, residentes, camilleros, servicios generales, enfermeras, auxiliares)  | 0               | 0                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|                                    | Posibilidad de ejecución de actos inseguros en el procedimiento quirúrgico en sitio equivocado, paciente equivocado, procedimiento equivocado | verificar el cumplimiento de los criterios como: Identidad del paciente, procedimiento, sitio a intervenir, dispositivo requerido, etc. y verificar con el paciente despierto: la identidad, el sitio operatorio, conocimiento sobre la cirugía, la Historia Clínica completa, sitio operatorio marcado, si conoce y firmo el consentimiento informado | 0               | 0                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|                                    |   | Revisar los equipos antes del proceso quirúrgico (máquina de anestesia, equipos de monitoreo, electrocirugía, torres de laparoscopia, mesas quirúrgicas, calibración de gases anestésicos, y el CO2).  | 0               | 1                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|                                    |   | monitorizar el cumplimiento del paquete instruccional de "MEJORAR LA SEGURIDAD EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS"  | 0               | 1                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
| Probabilidad de Fallas anestésicas | Verificación de maquinas de anestesia, capnografos, evacuación de vía aérea previa al acto quirúrgico   | 0  | 1               | 0                | 0                                   | 0   | 0  |   |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| PROCESO   | RIESGO | CONTROL   | RESPONSABLE | PERIODICIDAD | PROPÓSITO DEL CONTROL | COMO SE REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES ANTES DE LA EJECUCIÓN | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN |
|---|--------|---|-------------|--------------|-----------------------|---|--|---------------------------|
| Perdida del tejido ocular u osteomuscular en pre trasplante |        | Verificar las condiciones adecuadas de embalaje, lote y reporte de llegada de tejido a especialistas, y Revisión de temperatura y condiciones generales de los tejidos.   | 0           | 0            | 1                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|   |        | Realizar seguimiento a las capacitaciones realizadas a auxiliares de enfermería, instrumentadoras y auxiliares de farmacia.   | 0           | 1            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|   |        | Verificar el riesgo por la cancelación de programación de trasplantes.  | 0           | 0            | 1                     | 0                                       | 0  | 1                         |
| Posibles actos inseguros en trasplante                      |        | verificar el cumplimiento de los criterios como: Identidad del paciente, procedimiento, sitio a intervenir, dispositivo requerido, etc. y verificar con el paciente despierto: la identidad, el sitio operatorio, conocimiento sobre la cirugía, la Historia Clínica completa, sitio operatorio marcado, si conoce y firmo el consentimiento informado. | 0           | 0            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|   |        | Realizar auditoria a historia clínica de pacientes trasplantados  | 0           | 1            | 1                     | 0                                       | 0  | 1                         |
| Perdida del tejido ocular u osteomuscular en pos trasplante |        | Realizar seguimiento a pacientes aptos para trasplante  | 0           | 1            | 1                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|   |        | Seguimiento a usuarios con alto riesgo de rechazo de trasplante por condiciones individuales.   | 0           | 0            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|   |        | Verificar las condiciones de diligenciamiento según el protocolo osteomuscular y ocular   | 0           | 1            | 1                     | 0                                       | 0  | 0                         |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| PROCESO                      | RIESGO   | CONTROL   | RESPONSA<br>BLE | PERIOD<br>ICIDAD | PROP<br>OSITO<br>DEL<br>CONT<br>ROL | COMO<br>SE<br>REALIZ<br>A LA<br>ACTIVID<br>AD DE<br>CONTR<br>OL | OBSER<br>VACION<br>ES O<br>DESVI<br>ACIONES<br>RESULT<br>ANTES<br>DE LA<br>EJECU<br>CIÓN | EVIDEN<br>CIA DE<br>LA<br>EJECU<br>CIÓN |
|------------------------------|--|---|-----------------|------------------|-------------------------------------|---|--|---|
| ATENCIÓN<br>FARMACE<br>UTICA | Afección al paciente por error en la interpretación y transcripción de la formula médica para la adecuación de medicamentos y nutriciones parenterales con terceros. | Doble Chequeo - formato de Control de Calidad verifica las órdenes de producción contra la prescripción nuevamente  | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|                              |  | Recepción Técnica de adecuaciones de medicamentos y nutriciones parenterales<br>Verifica los medicamentos adecuados y nutriciones parenterales de acuerdo al Formato de recepción.            | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|                              |  | Dispensación de Medicamentos adecuados y Nutriciones Parenterales verifica los medicamentos adecuados y nutriciones parenterales de acuerdo a la prescripción médica durante la dispensación. | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|                              | Inadecuada dispensación de productos farmacéuticos   | Capacitaciones periódicas del personal del Servicio Farmacéutico<br>Reunión de equipo primario con todo el servicio farmacéutico y evaluación de las capacitaciones realizadas                | 0               | 1                | 1                                   | 1   | 0  | 0                                       |
|                              |  | Revisión de carros de transporte de medicamentos<br>Revisión aleatoria de cajetines de carro de transporte de medicamentos  | 0               | 1                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|                              |  | Identificación de medicamentos LASA y alto riesgo<br>Identificar el medicamento LASA y alto riesgo  | 0               | 1                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|                              |  |   |                 |                  |                                     |   |  |   |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| PROCESO | RIESGO   | CONTROL   | RESPONSA<br>BLE | PERIOD<br>ICIDAD | PROP<br>OSITO<br>DEL<br>CONT<br>ROL | COMO<br>SE<br>REALI<br>ZA LA<br>ACTIV<br>IDAD DE<br>CONTR<br>OL | OBSER<br>VACION<br>ES O<br>DES<br>VIA<br>CIONES<br>RESULT<br>ANTES<br>DE LA<br>EJECU<br>CIÓN | EVIDEN<br>CIA DE<br>LA<br>EJECU<br>CIÓN |
|---------|--|---|-----------------|------------------|-------------------------------------|---|--|---|
|         |  | Doble Chequeo durante la dispensación en Piso Realizar una doble verificación durante la dispensación en piso de los medicamentos.  | 0               | 1                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         |  | Herramienta MIPRES Revisar que la formula MIPRES este realizada para dispensar el medicamento   | 1               | 1                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         | Afectación al paciente por la administración de aire medicinal producido en sitio por compresor como producto no conforme. | Programa y cronograma de mantenimientos preventivos de los equipos que conforman el sistema de aire medicinal. Ejecución del mantenimiento preventivo o correctivo en campo | 0               | 1                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         |  | Instalación y mantenimiento de una UPS en el Sistema de Aire Medicinal. Mantenimiento preventivo de la UPS  | 0               | 1                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         | Detrimiento patrimonial relacionado con productos Farmacéuticos  | Conteos Diarios y semanales: Revisión Físico versus sistema.  | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         |  | Conteos Diarios y semanales: Revisión Físico versus sistema.  | 0               | 1                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         |  | Conteos Diarios y semanales: Revisión existencia Física versus valor en el inventario del sistema de información.   | 0               | 1                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         |  | Reporte de Averías y vencimiento de Productos Farmacéuticos: Revisión Físico versus sistema.  | 0               | 1                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| PROCESO | RIESGO  | CONTROL  | RESPONSA BLE | PERIOD ICIDAD | PROP OSITO DEL CONT ROL | COMO SE REALIZ A LA ACTIVID AD DE CONTR OL | OBSER VACION ES O DESVIA CIONES RESULT ANTES DE LA EJECU CIÓN | EVIDEN CIA DE LA EJECU CIÓN |
|---------|---|--|--------------|---------------|-------------------------|--|---|-----------------------------|
|         |   | Gestión de Productos Vencidos<br>Análisis de productos farmacéuticos vencidos versus costo de los mismos.  | 0            | 1             | 1                       | 0  | 0   | 0                           |
|         |   | Gestión de Productos Próximos a Vencer<br>Gestión de productos farmacéuticos próximo a vencer con el fin de evitar su vencimiento.   | 0            | 1             | 1                       | 1  | 0   | 0                           |
|         |   | Control de fechas de vencimiento de productos farmacéuticos.<br>Revisión existencias físicas versus valor reportado en el sistema de información.  | 0            | 1             | 1                       | 0  | 0   | 0                           |
|         | Ocurrencia de problemas relacionados con medicamentos | Matriz de Riesgo Programa de Seguimiento Farmacoterapéutico<br>Identificar el riesgo de los pacientes de presentar potenciales PRM   | 0            | 1             | 1                       | 0  | 0   | 0                           |
|         |   | Lista de Medicamentos de Control Diario<br>Identificar los pacientes con medicamentos de alto costo, alto riesgo, y de condiciones especiales de uso   | 0            | 1             | 1                       | 0  | 0   | 0                           |
|         |   | Rondas asistenciales y reuniones de entrega de turno con el Servicio de Medicina Interna<br>Participación en rondas médicas y entregas de turno donde se informa novedades de seguridad relacionas con el servicio farmacéutico y el uso de medicamentos | 0            | 1             | 1                       | 0  | 0   | 0                           |
|         |   | DOBLE CHEQUEO<br>verificar la formulación vs la  | 0            | 0             | 1                       | 0  | 0   | 0                           |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| PROCESO | RIESGO  | CONTROL  | RESPONSA<br>BLE | PERIOD<br>ICIDAD | PROP<br>OSITO<br>DEL<br>CONT<br>ROL | COMO<br>SE<br>REALIZ<br>A LA<br>ACTIVID<br>AD DE<br>CONTR<br>OL | OBSER<br>VACION<br>ES O<br>DESVIA<br>CIONES<br>RESULT<br>ANTES<br>DE LA<br>EJECU<br>CIÓN | EVIDEN<br>CIA DE<br>LA<br>EJECU<br>CIÓN |
|---------|---|--|-----------------|------------------|-------------------------------------|---|--|---|
|         |   | dispensación recibida  |                 |                  |                                     |   |  |   |
|         |   | ENTREVISTA A PACIENTES<br>Realizar búsqueda activa de posibles problemas relacionados con medicamentos   | 0               | 1                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         |   | HERRAMIENTA GATILLO<br>verificar que la prescripción no es por la generación de un PRM   | 0               | 1                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         |   | Verificar que la confiabilidad del reporte y verificar la acción realizada frente al suceso  | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         |   | Capacitación de los Referentes de Fármaco y Tecnovigilancia<br>Capacitación de los referentes de Tecno y Farmacovigilancia.  | 0               | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         |   | Clasificación de las novedades de seguridad del paciente.<br>Clasificación de las novedades de seguridad del paciente por vigilancia.  | 0               | 1                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         | Inoportunidad en la gestión de novedades de seguridad farmacovigilancia y tecnovigilancia | Reporte de Novedades de Seguridad oportunamente Informar oportunamente las novedades para su análisis y retroalimentación de los compromisos escritos  | 0               | 1                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         |   | Capacitaciones para el adecuado reporte de Novedades de Seguridad del Paciente.<br>Capacitación en el adecuado reporte de novedades de seguridad del paciente. Que el personal registre la información de la novedad y | 0               | 1                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| PROCESO                                    | RIESGO  | CONTROL   | RESPONSA<br>BLE  | PERIOD<br>ICIDAD | PROP<br>OSITO<br>DEL<br>CONT<br>ROL | COMO<br>SE<br>REALIZ<br>A LA<br>ACTIVID<br>AD DE<br>CONTR<br>OL | OBSER<br>VACION<br>ES O<br>DESVI<br>ACIONES<br>RESULT<br>ANTES<br>DE LA<br>EJECU<br>CIÓN | EVIDEN<br>CIA DE<br>LA<br>EJECU<br>CIÓN |   |
|--|---|---|--|------------------|-------------------------------------|---|--|---|---|
|  |   | que esta sea completa.  |  |                  |                                     |   |  |   |   |
|  |   | Custodia de evidencias relacionadas al Reporte de Seguridad sobre Dispositivos Médicos. Custodia de la evidencia (dispositivo medico) | 0  | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |   |
| FACTURA<br>CIÓN Y<br>RECAUDO               | Sobre ejecución de los contratos                                    | Realizar y comunicarlo seguimiento a la ejecución de los contratos  | 0  | 1                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |   |
|  | Identificación inadecuada del paciente en el sistema de información | verificar el documento de identidad y confirmándolos con el usuario   | 0  | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |   |
|  | Negación del pago de los servicios por autorización                 | Solicitud oportuna de las autorizaciones, Realizar seguimiento de las autorizaciones  | 0  | 0                | 0                                   | 0   | 0  | 1                                       |   |
|  | Subfacturación<br>sobrefacturación                                  | o   | verificar la calidad de los registros y de la factura        | 0                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       | 0 |
|  |   |   | validar la cuenta de la cápita según los servicios prestados | 0                | 0                                   | 1   | 0  | 0                                       | 0 |
|  |   |   | verificar la calidad de los registros y de la factura        | 0                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       | 0 |
|  | Existencia de Ingresos abiertos en el sistema                       | Generación de factura   | 0  | 0                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |   |
| inoportunidad en la radicación de facturas | Radicación ante la entidad responsable de pago                      | 0   | 0  | 0                | 0                                   | 0   | 0  |   |   |
| GESTIÓN<br>DE LA<br>INFORMA<br>CIÓN        | Pérdida de información  | Verificar que los prestamos documentales hayan sido devueltos   | 0  | 1                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |   |
|  |   | INFRAESTRUCTURA<br>Verificar de cumplimiento de las condiciones ambientales y físicas   | 0  | 0                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |   |
|  |   | INFRAESTRUCTURA<br>Verificar que se realice las actividades de fumigación, control de plagas y limpieza del área                      | 0  | 1                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |   |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| PROCESO       | RIESGO  | CONTROL  | RESPONSA<br>BLE | PERIOD<br>ICIDAD | PROP<br>OSITO<br>DEL<br>CONT<br>ROL | COMO<br>SE<br>REALIZ<br>A LA<br>ACTIVID<br>AD DE<br>CONTR<br>OL | OBSER<br>VACION<br>ES O<br>DESVIAS<br>IONES<br>RESULT<br>ANTES<br>DE LA<br>EJECU<br>CIÓN | EVIDEN<br>CIA DE<br>LA<br>EJECU<br>CIÓN |
|---------------|---|--|-----------------|------------------|-------------------------------------|---|--|---|
|               |   | Verificar que se realice backups periodicos a las Bases de datos y a las carpetas del servidor de archivos   | 0               | 1                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|               |   | Verificación, en el momento de la recepción de los registros físicos generados durante el proceso de atención, organización y archivo de los registros físicos de historia clínica | 0               | 1                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|               | Publicación de información confidencial del HUS   | verificar que se esta ejecutando a cabalidad el procedimiento en cada caso presentado  | 0               | 0                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|               | Posibilidad de caída de sistemas de información críticos del HUS  | Monitorizar el sistema de seguridad perimetral   | 0               | 1                | 0                                   | 0   | 0  | 1                                       |
|               | Posibilidad de supervisión no adecuada de contratos en cumplimiento de las funciones, que permita omitir sanciones a contratistas | Verificar los requisitos de la modalidad de contratación, las excepciones se encuentran contenidas en la normatividad establecida  | 1               | 0                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |
| JURIDICA      | Falta concientización de trabajadores para cumplimiento de protocolos prevencion de enfermedades infectocontagiosas               | Prevenir enfermedades infectocontagiosas   | 0               | 1                | 1                                   | 0   | 0  | 0                                       |
| INVESTIGACIÓN | Utilización de conocimiento científico sin adecuada referenciación (plagio)   | Procedimiento Revisar bibliografía y el escrito emitido por el investigador.   | 0               | 0                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| PROCESO                  | RIESGO   | CONTROL   | RESPONSA<br>BLE | PERIOD<br>ICIDAD | PROP<br>OSITO<br>DEL<br>CONT<br>ROL | COMO<br>SE<br>REALI<br>ZA<br>LA<br>ACTIVID<br>AD DE<br>CONTR<br>OL | OBSER<br>VACION<br>ES O<br>DESVI<br>ACIONES<br>RESULT<br>ANTES<br>DE LA<br>EJECU<br>CIÓN | EVIDEN<br>CIA DE<br>LA<br>EJECU<br>CIÓN |
|--------------------------|--|---|-----------------|------------------|-------------------------------------|--|--|---|
|                          | Lucro a través de la investigación al investigador por parte de multinacionales o casa farmacéuticas con el fin de experimentar con los pacientes que consultan al Hospital Universitario de la Samaritana | Procedimiento<br>Evaluar todos los proyectos de investigación que se generen en el HUS por parte de comité de ética en investigación.   | 0               | 0                | 0                                   | 0  | 0  | 0                                       |
| APOYO<br>DIAGNOST<br>ICO | Posibilidad de toma de muestra incorrecta Covid 19   | Verificar identificación correcta   | 0               | 1                | 1                                   | 0  | 0  | 0                                       |
|                          |  | Verificar identificación correcta   | 0               | 0                | 1                                   | 0  | 0  | 0                                       |
|                          |  | Verificar que la muestra recepcionada cumpla con los 5 correctos de toma de muestra.  | 0               | 0                | 1                                   | 0  | 0  | 0                                       |
|                          |  | Verificar las condiciones de las muestras, verificar las condiciones del paciente de acuerdo a los exámenes solicitados, verificar los cinco correctos  | 0               | 0                | 1                                   | 0  | 0  | 0                                       |
|                          | Posibilidad de atención inadecuada del paciente  | Informar al paciente los riesgos que conlleva una toma de muestra, Utilizar barreras de seguridad (uso de visualizador de venas, sillas apoya brazos, delegar a personal entrenado y con experiencia en la atención, preparación del paciente, permitir acompañamiento) | 0               | 0                | 1                                   | 0  | 0  | 0                                       |
|                          |  | Verificar solicitud médica y realizar la facturación  | 0               | 0                | 1                                   | 0  | 0  | 0                                       |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| PROCESO | RIESGO  | CONTROL   | RESPONSA<br>BLE                | PERIOD<br>ICIDAD | PROP<br>OSITO<br>DEL<br>CON<br>ROL | COMO<br>SE<br>REALIZ<br>A LA<br>ACTIVID<br>AD DE<br>CONTR<br>OL | OBSER<br>VACION<br>ES O<br>DES<br>VIA<br>CIONES<br>RESULT<br>ANTES<br>DE LA<br>EJECU<br>CIÓN | EVIDEN<br>CIA DE<br>LA<br>EJECU<br>CIÓN |
|---------|---|---|--------------------------------|------------------|------------------------------------|---|--|---|
|         |   | Informar al paciente los riesgos que conlleva una toma de muestra, Utilizar barreras de seguridad (uso de visualizador de venas, sillas apoya brazos, delegar a personal entrenado y con experiencia en la atención, preparación del paciente, permitir acompañamiento) | 0                              | 0                | 0                                  | 0   | 0  | 0                                       |
|         | Posibilidad de generar un reporte de apoyo diagnóstico incorrecto | Verificar el correcto funcionamiento de equipos para el procesamiento de muestras   | 0                              | 1                | 0                                  | 1   | 0  | 0                                       |
|         |   | Verificar el cumplimiento del programa de reactivo vigilancia   | 0                              | 1                | 1                                  | 0   | 0  | 0                                       |
|         |   | Verificar el desempeño de control de calidad de cada una de las pruebas   | 0                              | 1                | 1                                  | 0   | 0  | 0                                       |
|         |   | verificar el correcto Procesamiento y lectura de muestras   | 0                              | 0                | 0                                  | 0   | 0  | 0                                       |
|         |   | No se cumple con los procedimientos de verificación y lectura de muestras   | 0                              | 0                | 1                                  | 0   | 0  | 0                                       |
|         |   | Verificar la trasmisión de resultados sistemáticamente  | 0                              | 0                | 1                                  | 0   | 0  | 0                                       |
|         |   | Verificar la trascripción de resultados   | 0                              | 0                | 1                                  | 0   | 0  | 0                                       |
|         |   | Resultado con error en la trascripción  | 0                              | 0                | 0                                  | 0   | 0  | 0                                       |
|         |   | Posibilidad de generar una inoportunidad en el reporte  | Verificar solicitud del examen | 0                | 0                                  | 0   | 0  | 0                                       |
|         | Identificar la demora o inoportunidad de los reportes             |   | 0                              | 0                | 1                                  | 0   | 0  | 0                                       |
|         | Informar el resultado con valor crítico                           |   | 0                              | 0                | 0                                  | 0   | 0  | 0                                       |
|         | Se omite informar el resultado con valor crítico                  |   | 0                              | 0                | 0                                  | 0   | 0  | 0                                       |

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



|              |                     |                       |
|--------------|---------------------|-----------------------|
| VERSIÓN: 1.0 | FORMATO: INFORME... | CODIGO DEL DOCUMENTO: |
|--------------|---------------------|-----------------------|

| PROCESO                  | RIESGO  | CONTROL  | RESPONSABLE | PERIODICIDAD | PROPOSITO DEL CONTROL | COMO SE REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES ANTES DE LA EJECUCIÓN | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN |
|--------------------------|---|--|-------------|--------------|-----------------------|---|--|---------------------------|
| Esterilización           | Inadecuada entrega del material contaminado para el proceso de esterilización   | verificación de que el material llegue en contenedor con tapa marcado como contaminado y que tenga la baja de biocarga (material humedecido Instrumental tenga un detergente enzimático)   | 0           | 0            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|                          | Falta Elementos de Protección Personal  | Entrega de dotación cada 6 meses   | 0           | 0            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|                          |   | verificación de dotación cada 6 meses  | 0           | 0            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
| Docencia                 | 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 | Fiscalización y chequeo de recursos de contraprestación de los convenios docente asistencial de manera periódica<br>Supervisión de las actividades realizadas por los estudiantes de acuerdo a nivel de delegación progresiva de responsabilidades | 0           | 1            | 1                     | 0                                       | 0  | 0                         |
| Atención Ambulatoria     | Posible aumento de la Inasistencia a cita o procedimiento de apoyo diagnóstico o terapéutico programado en Consulta Externa   |  | 0           | 0            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|                          |   |  | 0           | 0            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
| Bienes y Servicios       | Incumplimiento de aspectos ambientales relacionados con la adquisición de bienes o servicios dentro de su ciclo de vida   | Implementación de compras verdes   | 0           | 0            | 1                     | 0                                       | 0  | 0                         |
| Atención del Paciente de | Posibilidad de inoportunidad de la atención del paciente en el servicio de urgencias  | Actividad :revisa en Historia clínica del paciente l   | 0           | 1            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|                          |   | Verifica con informe medico  | 1           | 1            | 1                     | 0                                       | 0  | 0                         |

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| PROCESO               | RIESGO  | CONTROL  | RESPONSABLE | PERIODICIDAD | PROPÓSITO DEL CONTROL | COMO SE REALIZA LA ACTIVIDAD DE CONTROL | OBSERVACIONES O DESVIACIONES RESULTANTES ANTES DE LA EJECUCIÓN | EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN |
|-----------------------|---|--|-------------|--------------|-----------------------|---|--|---------------------------|
| Urgencias             |   | seguimiento a los tiempos de respuesta a Interconsultas  | 1           | 1            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|                       |   | verificar los tiempos de interpretación de las ayudas diagnósticas solicitadas por el Médico de Urgencias                                    | 0           | 1            | 1                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|                       |   | revisión de los resultados de las ayudas diagnósticas solicitadas  | 0           | 0            | 1                     | 0                                       | 0  | 0                         |
| Infraestructura       | probabilidad de Contagio por covid de personal propio y contratistas  | solicitar al contratista y SISO, el protocolo de bioseguridad aprobado por los entes competentes y método de seguimiento de su cumplimiento. | 0           | 0            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
|                       |   | dar a conocer y reforzar las medidas de bioseguridad establecidas para minimizar la probabilidad de contagio de covid del personal propio.   | 0           | 1            | 0                     | 0                                       | 0  | 0                         |
| Dirección Estratégico | 1. Comunicación e implementación de acciones estratégicas inoportunas | Reciban lineamientos gerenciales y proponen acciones que conduzcan al cumplimiento de los objetivos estratégicos                             | 0           | 1            | 1                     | 0                                       | 0  | 1                         |
|                       |   | Comunican a los líderes de procesos, Subdirectores y al equipo de planeación y calidad los lineamientos directivos.                          | 0           | 0            | 1                     | 0                                       | 0  | 1                         |
|                       |   | Comunican a los integrantes de los equipos primarios de Mejoramiento los lineamientos directivos.  | 0           | 1            | 1                     | 0                                       | 0  | 1                         |
|                       |   | Socializa los lineamientos gerenciales en la página WEB y en la intranet, a través del uso de pantallas Touch                                | 0           | 0            | 1                     | 0                                       | 0  | 0                         |

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



|              |                     |                       |
|--------------|---------------------|-----------------------|
| VERSIÓN: 1.0 | FORMATO: INFORME... | CODIGO DEL DOCUMENTO: |
|--------------|---------------------|-----------------------|

| PROCESO   | RIESGO  | CONTROL   | RESPONSA BLE   | PERIOD ICIDAD | PROP OSITO DEL CONT ROL | COMO SE REALIZ A LA ACTIVID AD DE CONTR OL | OBSER VACION ES O DESVIA CIONES RESULT ANTES DE LA EJECU CIÓN | EVIDEN CIA DE LA EJECU CIÓN |
|---|---|---|--|---------------|-------------------------|--|---|-----------------------------|
|   | Incumplimiento del Plan Indicativo y Plan Operativo Anual (POA)                             | Socializa los lineamientos gerenciales en la página WEB y en la intranet, a través del uso de pantallas Touch<br>Seguimiento a la ejecución y al cumplimiento de las Metas establecidas en los Planes | 0  | 1             | 1                       | 0  | 0   | 0                           |
|   | Calificación Insatisfactoria en el cumplimiento del Plan de Gestión de la vigencia evaluada | Seguimiento al cumplimiento de los Indicadores establecidos en la Res. 408 de 2018  | 0  | 1             | 1                       | 0  | 0   | 0                           |
|   | Incumplimiento de Políticas institucionales y Planes Estratégicos, proyectos                | Seguimiento a la ejecución y al cumplimiento establecidas en las políticas y Planes   | 0  | 1             | 1                       | 0  | 0   | 0                           |
|   | Incumplimiento de reporte a entidades de vigilancia y control                               | Seguimiento a la ejecución y al cumplimiento establecidos   | 0  | 0             | 0                       | 0  | 0   | 0                           |
|   | Prestación de servicios sin estar registrados en el REPs                                    | dar a conocer los lineamientos para la prestación de servicios en el HUS y sus unidades funcionales   | 0  | 0             | 0                       | 0  | 0   | 0                           |
|   | Imágenes Diagnósticas   | Posibilidad de extravasación de medio de contraste  | verifica criterios de permeabilidad de la vena, (catéter 16 o 18, inyección de prueba, revise el tiempo de instauración, y verificación de flebitis) | 0             | 0                       | 0  | 0   | 0                           |
| disminuir la cantidad de medio infiltrado .                         |   |   | 0  | 0             | 1                       | 0  | 0   | 0                           |
| Inoportunidad de la atención en el proceso de Imágenes Diagnósticas |   | programa el paciente de acuerdo a la prioridad  | 0  | 0             | 0                       | 0  | 0   | 0                           |
|   |   | administrar las agendas por modalidad y estado de la orden .  | 0  | 0             | 0                       | 0  | 0   | 0                           |
|   |   | seguimiento a las novedades de preparación  | 0  | 1             | 1                       | 0  | 0   | 0                           |

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



|              |                     |                       |
|--------------|---------------------|-----------------------|
| VERSIÓN: 1.0 | FORMATO: INFORME... | CODIGO DEL DOCUMENTO: |
|--------------|---------------------|-----------------------|

| PROCESO               | RIESGO  | CONTROL   | RESPONSA BLE | PERIOD ICIDAD | PROP OSITO DEL CONT ROL | COMO SE REALIZ A LA ACTIVID AD DE CONTR OL | OBSER VACION ES O DESVIA CIONES RESULT ANTES DE LA EJECU CIÓN | EVIDEN CIA DE LA EJECU CIÓN |
|-----------------------|---|---|--------------|---------------|-------------------------|--|---|-----------------------------|
|                       |   | Seguimiento a los resultados y realización de los estudios .  | 0            | 1             | 0                       | 0  | 0   | 0                           |
|                       | Falta concientización de trabajadores para cumplimiento de protocolos prevención de enfermedades infectocontagiosas | Prevenir enfermedades profesionales   | 0            | 1             | 1                       | 0  | 0   | 0                           |
| Talento Humano        | Exposición del personal de la institución a riesgos Biológicos  | charlas periódicas de capacitación y sensibilización a los trabajadores acerca de la correcta postura de trabajo, Analisis de puestos de trabajo, Pausas Activas Diarias por Parte de la Subdirección de Desarrollo Humano y por parte de la Directora y Subdirectora seguimiento a la realización diaria de Pausas activas. Por parte de los Colaboradores autocontrol en el cumplimiento de las mismas. | 0            | 1             | 1                       | 0  | 0   | 0                           |
|                       | Falta de efectividad en las acciones de mejoramiento  | Seguimiento al cumplimiento de oportunidades y/o hallazgos  | 0            | 0             | 1                       | 0  | 0   | 0                           |
| Gestión de la Calidad | No inclusión en el PUMP de Oportunidades de mejora derivadas de las diferentes fuentes de mejoramiento              | Inclusión de oportunidades y/o hallazgos con definición de acciones, metas, indicadores y responsables de su ejecución, así como la socialización a los responsables de la misma  | 0            | 0             | 1                       | 0  | 0   | 1                           |
|                       |   | Realizar seguimiento a los PUMP institucionales, cruzando con las auditorías internas y externas de calidad programadas y los informes de auditoría la formulación del  | 0            | 1             | 0                       | 0  | 0   | 0                           |

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



VERSIÓN: 1.0

FORMATO: INFORME...

CODIGO DEL DOCUMENTO:

| PROCESO | RIESGO  | CONTROL  | RESPONSA<br>BLE | PERIOD<br>ICIDAD | PROP<br>OSITO<br>DEL<br>CONT<br>ROL | COMO<br>SE<br>REALIZ<br>A LA<br>ACTIVID<br>AD DE<br>CONTR<br>OL | OBSER<br>VACION<br>ES O<br>DESVI<br>ACIONES<br>RESULT<br>ANTES<br>DE LA<br>EJECU<br>CIÓN | EVIDEN<br>CIA DE<br>LA<br>EJECU<br>CIÓN |
|---------|---|--|-----------------|------------------|-------------------------------------|---|--|---|
|         |   | mejoramiento.  |                 |                  |                                     |   |  |   |
|         | Fuga de información con alto impacto institucional relacionada con las novedades de seguridad y/o hallazgos de Auditorias internas o externas | Realizar seguimiento a la información generada por los miembros del equipo de seguridad a través del correo institucional Almera | 0               | 1                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |
|         |   | Controlar la descarga de información del reporte de novedades  | 0               | 1                | 0                                   | 0   | 0  | 0                                       |

Fuente: Matriz de riesgos institucionales E.S.E. 2020