



HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Nit No. 890.399.047-8

INFORME PRIMER SEGUIMIENTO
MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN LEY 1474 DEL 2011

PRESENTADO A:
JUAN CARLOS MARTINEZ GUTIERREZ
GERENTE HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO

MARTHA POLO MOTTA
ING. DIEGO INFANTE
Oficina de Control Interno

Santiago de Cali, Mayo 24 del 2021



INTRODUCCION

La implementación y el fortalecimiento del Sistema de Control Interno, se enfoca hacia la prevención de los riesgos que pueden vulnerar la gestión de la entidad, con los seguimientos por parte de los procesos una seguridad razonable sobre el diseño y efectividad de los controles.

Estos instrumentos de planeación permiten la identificación temprana de alertas y el diseño de controles y acciones preventivas para mitigar la materialización del riesgo institucional.

La evaluación y seguimiento de la Oficina de Control Interno, como tercera línea de defensa, A través de su rol de asesoría, orientación técnica y recomendaciones frente a la administración del riesgo en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación o quien haga sus veces

SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGO DE CORRUPCION I CUATRIMESTRE 2021

En cumplimiento a la LEY 87/1993, A LA Ley 1474/2011 y de conformidad con las funciones legales y de planeación de esta oficina, presenta el informe de seguimiento a Mapa de Riesgo de corrupción correspondiente al I cuatrimestre de 2021 de los controles establecidos en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E

OBJETIVO

Realizar evaluación y seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional 2021, corte al 31 de marzo de 2021, con el fin de verificar la solidez de los controles para el tratamiento de los riesgos, a través de la medición del diseño y ejecución de los mismos, de conformidad con la Política de Administración del Riesgo adoptada en la Entidad, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.



ALCANCE

El Mapa de Riesgos Institucional formulado por la misma entidad, en aspectos que considera claves para el control en la vigencia 2021, es objeto de seguimiento de la Oficina de Control Interno para verificar el cumplimiento del cronograma de las acciones previstas en la vigencia y los responsables de ejecutar dichas acciones que permiten la mitigación del riesgo y la prevención de este con el fin de lograr alcanzar los objetivos previstos dentro de la gestión institucional

DESARROLLO DE LA AUDITORIA

La información reportada como acciones concretas y efectivas para evitar que los riesgos definidos e identificados ocurran en la entidad es responsabilidad absoluta de la administración de la E.S.E. Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, el seguimiento al mismo lo hace la oficina de Control Interno en su rol de evaluación y seguimiento.

Teniendo en cuenta la guía de administración del riesgo para entidades públicas emitida por el Departamento Administrativo de Función Pública, la cual fue actualizada en el mes de Diciembre del año 2020, se hizo necesario revisar y actualizar la matriz de riesgos institucional, dado que la anterior no contaba con algunos campos importantes para realizar seguimiento a los controles establecidos, de esta forma se creó el nuevo formato de MATRIZ DE RIESGOS (2021), para la realización de la nueva matriz de riesgos se tuvo en cuenta la caracterización de cada proceso y anexo a esto el mapa de procesos, el cual fue actualizado por última vez en el mes de Marzo de la actual vigencia, la metodología para identificación de los riesgos se realizó en cabeza del profesional universitario del área de planeación y en compañía de cada líder de proceso, se unificaron algunas normas y herramientas internas para lograr realizar el seguimiento mensual a través del tablero de mando de documentos y el tablero de mando de indicadores, es decir que el seguimiento a la matriz de riesgos se realiza bajo lo reportado en los indicadores.



El Mapa de Riesgos Institucional vigencia 2021 está conformado por 70 riesgos, 229 causas y 205 controles, asociados a 22 procesos de la Entidad, según lo establecido en el Mapa de Procesos adoptado mediante Resolución No 461 (Agosto 13 de 2018).

Esta matriz tiene clasificación o tipo de riesgo de la siguiente manera:

- ❖ De Corrupción 11
- ❖ De Cumplimiento 4
- ❖ Estratégico 13
- ❖ Financiero 9
- ❖ De Imagen 4
- ❖ Operativo 28



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

El proceso de direccionamiento cuenta con 4 riesgos identificados (ver Matriz de riesgos), cada riesgo tiene identificadas las causas (13), clasificación del riesgo, valoración del riesgo y controles (13), cada control identificado está relacionado a un indicador y a través del reporte periódico de indicadores se muestra su grado de avance y seguimiento a la no materialización de este.

CLASIFICACION PROCESO	OBJETIVO POR PROCESO	RIESGO	CLASIFICACION O TIPO DE RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO (Consecuencias)	PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACION DEL RIESGO INHERENTE	TRATAMIENTO DEL RIESGO		
Direccionamiento Direccionamiento Estratégico	Definir e implementar directrices que faciliten el cumplimiento de los objetivos organizacionales a través del diseño, la formulación, desarrollo, seguimiento y evaluación de proyectos, programas y procesos que soporten la gestión y la mejora continua de la organización.	1 Incumplimiento a las metas y/o objetivos del plan de desarrollo	Estratégico	1 Falta de seguimiento a los planes, programas, proyectos e informes derivados de la planeación estratégica de la entidad	1. Pérdida de imagen y credibilidad institucional 2. Sanciones legales y demás acciones Jurídicas 3. Insolvencia del negocio 4. Baja Productividad	Raro	1	Mayor	4 14	Alto	Reducir el riesgo
				2 Enfoque Insuficiente del proceso de planeación estratégica							
				3 Baja Gestión y/o Competencia de los líderes y/o responsables del plan de desarrollo							
				4 Situaciones del entorno que cambian agridamente la condición institucional							
				5 Inadecuada asignación de recursos en el Plan financiero							
				6 Desacierto en la toma de decisiones y/o elaboración de informes							
		2 Toma de Decisiones Inadecuada por fallas en la interacción de los comités institucionales o normativos con la alta dirección	Cumplimiento	7 Falta de adherencia al Procedimiento de Comités institucionales	1. Sanciones legales y demás acciones Jurídicas 2. Baja Productividad	Posible	3	Moderado	3 33	Alto	Reducir el riesgo
				8 Ausencia de metas claras y roles de los comités institucionales							
		3 Sanciones de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control	Estratégico	9 Incumplimiento a las fechas establecidas dentro del cronograma inicial de cada vigencia (Normatividad legal aplicable)	1. Sanciones legales y demás acciones Jurídicas 2. Baja Productividad 3. Pérdida de imagen y credibilidad institucional 4. Toma inadecuada de decisiones	Posible	3	Moderado	3 33	Alto	Reducir el riesgo
				10 Falta de verificación a la normatividad legal vigente y cambios de las mismas							
		4 Inadecuada gestión de los controles, que no mitiguen los riesgos identificados	Operativo	11 Falta de adherencia al Programa de Riesgos o Desconocimiento de la metodología para identificación y valoración de riesgos, de acuerdo a los lineamientos emitidos por función pública	1. Sanciones legales y demás acciones Jurídicas 2. Insostenibilidad del negocio 3. Pérdida de imagen y credibilidad institucional 4. Toma inadecuada de decisiones	Posible	3	Mayor	4 34	Extremo	Reducir el riesgo
				12 Inadecuada identificación de riesgos y causas							
				13 Falta de interacción o interrelación entre los sistemas de gestión (Ambiental, SGSST, Calidad)							



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

Se realiza seguimiento al tablero de mando de indicadores para el proceso de direccionamiento se evidencia lo siguiente:

CONTROLES	SOPORTE Y/O DOCUMENTO RELACIONADO	RESPONSABLE DEL CONTROL	INDICADOR, META Y RESULTADO (Calidad-Planeación-Lider de proceso) (NOMBRE-ID-META)	PERIODICIDAD	Efectividad en la ejecución del control	SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL
1 Realizar seguimiento periodico a traves de los indicadores de medición	Tablero de mando	Gestion de Calidad Planeación	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional (Plan Operativo)	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Teniendo en cuenta el momento crucial por el cual esta pasando el país, se programa un encuentro con los líderes de procesos asistenciales y administrativos de la institución y de esta forma se definen las metas a alcanzar durante la vigencia, todo esto reposa el POA, el cual ha sido subido y publicado en la pagina web y mensualmente de realiza seguimiento a traves del comité de indicadores
2 Realizar talleres de planeación con los líderes de procesos	Plan de desarrollo	Planeación Evaluación del gerente	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional (Plan Operativo)	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	
3 Aplicar Evaluación de desempeño a todo el personal de la institución	Evaluación de desempeño (CNSC)	Talento Humano	Cumplimiento de evaluación de desempeño	Semestral	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	
4 Revisión y actualización del POA, teniendo en cuenta los cambios en el entorno y resultados de evaluación de la vigencia anterior	Plan operativo Anual	POA	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional (Plan Operativo)	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	
5 Revisión de la ejecución y distribución del presupuesto, teniendo en cuenta los rubros asociados a la planeación estratégica	Plan Financiero	Plan financiero	Seguimiento Riesgo financiero	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Teniendo en cuenta el nuevo plan de desarrollo 2020-2013 "MARIO HACE...MARIO SUENA" y dando respuesta a un hallazgo de la controloria, se realiza la articulación de los rubros presupuestales a cada programa (18 programas), de esta forma se hace mas facil y acertada la asignación de rubros para cada contrato
6 Revisión de la información suministrada por los procesos administrativos y asistenciales	Informes Tablero de Mando de indicadores	Informes de gestión	N/A	N/A	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Para realizar el ajuste y/o definición de metas se hizo necesario solicitar a cada jefe de proceso (de producción), un informe en el cual mostraban la realidad de cada proceso y de esta forma ajustar el POA
7 Socialización del procedimiento y ruta de comites	Planilla de indicadores	Procedimiento de comites institucionales Resolucion de comites (aplicables)	Seguimiento a Comites	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Teniendo en cuenta que la institución se encuentra en proceso de acreditación e implementación de MIPG, se hizo necesario establecer un procedimiento de comites, el cual cuenta con indicadores de medición y anexo a esto a la fecha cuenta con un cumplimiento del 0%, debido a la ausencia de la persona encargada de realizar la capacitación y seguimiento de los mismos, no obstante se hace necesario mencionar que ya se contrato el perfil para este cargo y se encuentra en proceso de Prueba.
9 Revisar y actualizar resoluciones de comites institucionales que requieran cambios en sus estructura						
10 Adherencia al cronograma para seguimiento a reportes, el cual fue establecido por cada lider de proceso según los informes aplicables a cada una de sus áreas, notificando semanalmente los reportes e informes que se deben presentar	Cronograma de Reportes a entes externos	Jefe del Proceso de Atención al usuario Oficina asesora de planeación	Informes entregados	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Teniendo en cuenta cuan importante es para la institución el generar reportes a entes de control, se estableció el cronograma de reportes a entes externo, dicho documento fue elaborado por el área de planeación y cada jefe de proceso, dejando como constancia un acta de compromiso y responsabilidad, a dicho cronograma se le hace seguimiento semanal y de esta forma se genera un reporte mensual, teniendo como resultado el 100% de cumplimiento de acuerdo a la cantidad de reportes que se deben generar mensualmente
12 Actualizar el normograma del proceso de Direccionamiento	Normograma Institucional	Oficina Jurídica	% De cumplimiento en la actualización del normograma	Mensual		Tambien desde el área juridica se realizó la solicitud de revisión y actualización del normograma de cada proceso, se cuenta con evidencia
13 Socialización del programa de riesgos	Programa de Gestión de Riesgos	Oficina asesora de Planeación	Cumplimiento al programa de gestion de riesgo	Cuatrimestral	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Teniendo en cuenta la actualización de la guía para administración de riesgos de función pública, se hizo necesario revisar y actualizar la matriz de riesgos del hospital Departamental Mario correa Rengifo E.S.E
14 Revisión de la guía de función pública y establecer procedimiento de identificación de riesgos						
16 Alineación del programa de riesgos con los diferentes sistemas de la institución						



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

GESTIÓN ATENCIÓN AL USUARIO

El proceso de Atención al usuario cuenta con 2 riesgos identificados (ver Matriz de riesgos), 6 causas, 6 controles e indicadores relacionados para llevar a cabo el seguimiento y de esta forma la no materialización de estos.

CLASIFICACION	PROCESO	OBJETIVO POR PROCESO	RIESGO	CLASIFICACION O TIPO DE RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFFECTO DEL RIESGO (Consecuencias)	PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACION DEL RIESGO INHERENTE	TRATAMIENTO DEL RIESGO			
Misional	Atención al Usuario	Fortalecer la relación entre el usuario y su familia con todas las actividades de la entidad necesarias para el uso adecuado y oportuno de los servicios suministrados por el hospital.	1. Insatisfacción del cliente externo por el no cumplimiento de las expectativas durante el proceso de atención	Imagen	1. Inoportunidad en la asignación de citas	1. Pérdida de imagen y credibilidad institucional 2. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales	Posible	3	Menor	2	32	Moderado	Reducir el riesgo
					2. Inoportunidad en el proceso de Programación de cirugía								
					3. Demoras en el proceso de atención								
					4. Comunicación no asertiva relacionada al lenguaje inapropiado								
			2. Sanciones por parte de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control (informes-indicadores...)	Estratégico	5. Desconocimiento de la normatividad aplicable	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales y Pecuniarias 2. Pérdida de imagen y credibilidad institucional 3. Destitución del representante legal	Raro	1	Moderado	3	13	Moderado	Reducir el riesgo
					6. Incumplimiento a las fechas establecidas dentro del cronograma inicial de cada vigencia (Normatividad legal aplicable)								

CONTROLES	SOPORTE Y/O DOCUMENTO RELACIONADO	RESPONSABLE DEL CONTROL	INDICADOR, META Y RESULTADO (Calidad-Planeación-Lider de proceso) (NOMBRE-ID-META)	PERIODICIDAD	Efectividad en la ejecución del control	SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL
1. Medir adherencia a la oportunidad en la asignación de citas y establecer plan de acción si aplica	Procedimiento de Asignación de citas	Jefe Oficina de atención al Usuario	Demanda insatisfecha consulta ambulatoria	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Teniendo en cuenta que nos encontramos en un momento difícil a causa de la pandemia causada por COVID-19, se hizo necesario crear un comité con finalidad de revisar la venta semanal para así establecer un plan de acción, no obstante es necesario mencionar que la institución sigue los lineamientos departamentales, por ende dicho indicador esta cumpliendo en un 23%
2. Medir adherencia a la oportunidad en programación de CX y establecer plan de acción si aplica	Procedimiento de Cirugía	Jefe de Cirugía	Oportunidad de realización de Cirugía Programada	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Teniendo en cuenta que nos encontramos en un momento difícil a causa de la pandemia causada por COVID-19, se hizo necesario crear un comité con finalidad de revisar la venta semanal para así establecer un plan de acción, no obstante es necesario mencionar que la institución sigue los lineamientos departamentales, por ende dicho indicador esta cumpliendo en un total de 10 Días para la asignación del procedimiento quirúrgico
3. Medir la insatisfacción del cliente interno e identificar las principales causas de insatisfacción a través de los indicadores establecidos	procedimiento de PQRS	Jefe de atención al Usuario	Porcentaje de quejas sobre atenciones	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Es necesario mencionar que la institución tiene poca venta, lo que quiere decir que el flujo de pacientes es poco, no obstante nos encontramos en 0% de insatisfacción
4. Capacitar al personal (jefe de procesos como primera instancia) en el uso de lenguaje claro (CURSO DNP)	N/A	Talento Humano	Cumplimiento a plan institucional de capacitación	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Teniendo en cuenta que la meta final es del 90%, es necesario mencionar que se encuentra cumpliendo debido a que la meta mensual al mes de mayo es del 50%, se han realizado capacitaciones virtuales, dando cumplimiento a los lineamientos emitidos por el ministerio
1. Actualizar el normograma del proceso de Atención al Usuario	Normograma Institucional	Oficina Jurídica	% De cumplimiento en la actualización del normograma	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Tambien desde el área jurídica se realizó la solicitud de revisión y actualización del normograma de cada proceso, se cuenta con evidencia
2. Seguimiento Periódico al Cronograma de reportes Externos (Obligatorios)	Cronograma de Reportes a entes externos	Jefe del Proceso de Atención al usuario Oficina asesora de planeación	Informes entregados	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Teniendo en cuenta que importante es para la institución el generar reportes a entes de control, se estableció el cronograma de reportes a entes externo, dicho documento fue elaborado por el área de planeación y cada jefe de proceso, dejando como constancia un acta de compromiso y responsabilidad, a dicho cronograma se le hace seguimiento semanal y de esta forma se genera un reporte mensual, teniendo como resultado el 100% de cumplimiento de acuerdo a la cantidad de reportes que se deben generar mensualmente

Teniendo en cuenta que la institución se encuentra en proceso de actualización



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

PROCESO DE AMBULATORIOS

El proceso de AMBULATORIOS, cuenta con 4 riesgos identificados (ver Matriz de riesgos), 11 causas, 11 controles e indicadores relacionados para llevar a cabo el seguimiento y de esta forma la no materialización de estos.

PROCESO	OBJETIVO POR PROCESO	RIESGO	CLASIFICACIÓN O TIPO DE RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO (Consecuencias)	PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO INHERENTE	TRATAMIENTO DEL RIESGO		
Ambulatorio	Prestar un servicio integral de atención realizando actividades para el mejoramiento de la salud que incluyen diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad con un equipo multidisciplinario de manera oportuna, continua, segura y pertinente.	1 Inoportunidad en la prestación del servicio asociados a la disponibilidad de agendas	Operativo	1 Falta de disponibilidad de los profesionales contratados para la prestación del servicio	1. Sanciones legales y demas acciones Jurídicas 2. Incidentes y Eventos adversos (Serios y no serios) 3. Perdida de imagen y credibilidad institucional 4. Imposibilidad de prestar servicios y facturar	Posible	3	Moderado	3 33	Alto	Reducir el riesgo
				2 Movimiento, rotación y/o retiro del talento Humano							
				3 Falta de educación y capacitación en la autorización							
				4 Cancelación de agendas							
				5 Falta de adherencia al procedimieto de asignación de citas							
		2 Complicación en la condición clínica y física del paciente asociada al proceso de atención (Consulta externa-terapia física)	Operativo	6 Error en el diagnóstico y/o definición del plan de tratamiento equivocado.	1. Sanciones legales y demas acciones Jurídicas 2. Incidentes y Eventos adversos (Serios y no serios) 3. Perdida de imagen y credibilidad institucional 4. Imposibilidad de prestar servicios y facturar	Posible	3	Moderado	3 33	Alto	Reducir el riesgo
				7 Falta de Adherencia al Protocolo de caídas							
				8 Falta de adherencia al procedimieto de asignación de citas (llamar al paciente)							
		3 Alteración y/o agresión física o verbal por parte de pacientes hacia el personal misional y administrativo de la institución	Imagen	9 Estancia prolongada del paciente	1. Perdida de imagen y credibilidad institucional	Posible	3	Menor	2 32	Moderado	Reducir el riesgo
				10 Abstinencia del paciente a causa del consumo de sustancias Psicoactivas							
		4 Posibilidad de recibir y/o solicitar cualquier davia o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de agilizar un tramite administrativo	Corrupción	11 Incumplimiento a los valores y principios institucionales, establecidos en codgo de integridad		Posible	3	Mayor	4 34	Extremo	Reducir el riesgo



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

CONTROLES	SOPORTE Y/O DOCUMENTO RELACIONADO	RESPONSABLE DEL CONTROL	INDICADOR, META Y RESULTADO (Calidad-Planeación-Lider de proceso) (NOMBRE-ID-META)	PERIODICIDAD	Efectividad en la ejecución del control	SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL
1	Realizar seguimiento periódico al indicador de suministro de personal	Plantilla de Indicadores	Talento Humano	Oportunidad de suministro de personal	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta) Teniendo en cuenta que la institución se encuentra en proceso de acreditación e implementación de MIPG, se hizo necesario establecer un procedimiento de selección de personal, que a su vez cuenta con indicadores de medición, realizando seguimiento a la oportunidad en la contratación y de esta forma no permitir que los procesos y/o áreas se encuentren descubiertos, esto se realiza minimizando el riesgo de afectación en la condición clínica y física del paciente
2	Realizar seguimiento a las principales causas de la rotación del personal, a través del análisis de indicadores	Plantilla de Indicadores	Talento Humano	Oportunidad de suministro de personal	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta) Teniendo en cuenta que la institución se encuentra en proceso de acreditación e implementación de MIPG, se hizo necesario establecer un procedimiento de selección de personal, que a su vez cuenta con indicadores de medición, realizando seguimiento a la oportunidad en la contratación y de esta forma no permitir que los procesos y/o áreas se encuentren descubiertos, esto se realiza minimizando el riesgo de afectación en la condición clínica y física del paciente, no obstante es necesario mencionar que la principal causa de retro y/o rotación de personal se debe a la poca venta que tiene la institución
3	Realizar seguimiento a la pertinencia y ejecución del plan Anual de capacitación	Cronograma de capacitación	Talento Humano	Cumplimiento a plan institucional de capacitación	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta) Teniendo en cuenta que la meta final es del 90%, es necesario mencionar que se encuentra cumpliendo debido a que la meta mensual al mes de mayo es del 93%, se han realizado capacitaciones virtuales, dando cumplimiento a los lineamientos emitidos por el ministerio
4	Realizar seguimiento a la causa de cancelación de citas y establecer plan de acción si aplica	Informe de PANACEA	Ambulatorios	Cancelación de citas	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)
5	Socialización y capacitación al personal en el procedimiento de asignación de citas y medir adherencia a través del indicador establecido	Procedimiento de Asignación de citas	Ambulatorios	Seguimiento a socialización de documentos del Sistema de Gestión de Calidad	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta) Dicha socialización se encuentra programa en el momento de reactivar totalmente la consulta externa, puesto que en este momento se encuentra en un nivel muy bajo a causa de la pandemia causada por COVID y por el paro indefinido
6	Realizar auditoría a la pertinencia y diligenciamiento de la historia clínica a través del proceso de auditoría concurrente (paciente trazador)	Procedimiento de auditorías internas	Auditoría concurrente	Cumplimiento al Programa de Auditoría	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta) Se cuenta con un número de actividades establecidas en el programa de auditoría concurrente y realizando la verificación del cumplimiento de dichas actividades se cuenta con una adherencia del 96%, incumpliendo a la meta establecida de control mensual, se realizan las recomendaciones pertinentes y se evaluará periódicamente
7	Medir adherencia al protocolo de Caídas a través de las rondas de seguridad del paciente e indicadores de medición y establecer plan de acción si aplica	Protocolo de caídas	Seguridad del paciente	% Cumplimiento de adherencia del protocolo de caídas	Semestral	1.Fuerte (siempre se ejecuta) A través de la gestión de eventos adversos y rondas de seguridad del paciente se logra evidenciar que la tasa de caídas se encuentra cumpliendo en un 93% al mes de Marzo, esto consiste en realizar una evaluación de criterios lo cual arroja dicho cumplimiento
8	Medir adherencia al procedimiento de asignación de citas a través de los indicadores de medición	Procedimiento de Asignación de citas	Jefe Oficina de atención al Usuario	Cumplimiento de metas en asignación de citas Presenciales	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)
9	Realizar seguimiento al indicador	N/A	Jefe de Hospitalización	Promedio de días estancia	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)
10	Capacitar al personal involucrado en el Manual de comportamientos	Programa de auditoría	Auditoría concurrente	Cumplimiento al Programa de Auditoría	Mensual	1.Fuerte Se cuenta con un número de actividades establecidas en el programa de auditoría concurrente
11	Socialización del código de integridad y buen gobierno e identificar fallas a través de los comportamientos observables	Resolución Código de Integridad	Talento Humano	Seguimiento a socialización de documentos del Sistema de Gestión de Calidad	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta) Dicha socialización se encuentra programa en el momento de reactivar totalmente la consulta externa, puesto que en este momento se encuentra en un nivel muy bajo a causa de la pandemia causada por COVID y por el paro indefinido



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

PROCESO DE HOSPITALIZACION

El proceso de HOSPITALIZACION, cuenta con 4 riesgos identificados (ver Matriz de riesgos), 16 causas, Y 15 controles e indicadores relacionados para llevar a cabo el seguimiento y de esta forma la no materialización de estos.

CLASIFICACION	PROCESO	OBJETIVO POR PROCESO	RIESGO	CLASIFICACION O TIPO DE RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO (Consecuencias)	PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACION DEL RIESGO INHERENTE	TRATAMIENTO DEL RIESGO				
Misional	Hospitalización	Brindar atención asistencial integral, humanizada y con calidad al paciente y su familia, con el fin de propender por su satisfacción en el servicio de hospitalización.	1	Conflictos en la prestación del servicio a causa del consumo de sustancias Psicoactivas	Operativo	3	Consumo de Sustancias Psicoactivas al interior del Servicio farmacologica	Peculiar	3	Menor	2	Moderada	Reducir el riesgo	
						4	Falta de Capacitación para el manejo de pacientes agitados							2. Incidentes y Eventos adversos (Serios y no serios)
						5	Error en el diagnóstico y/o definición del plan de tratamiento equivocado.							
			6	Falta de Adherencia al Protocolo de caídas										
			2	Complicación en la condición clínica y física del paciente asociada al proceso de atención (Eventos Adversos)	Operativo	7	No adherencia al protocolo de Identificación del Paciente	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Incidentes y Eventos adversos (Serios y no serios) 3. Pérdida de imagen y credibilidad institucional	Peculiar	3	Moderada	3	Alta	Reducir el riesgo
						8	Falta de adherencia al protocolo prevención de lesión en piel.							
						9	Colocación equivocada de los hemoderivados por falta de verificación de datos del paciente.							
						10	Falta de adherencia al protocolo de administración de medicamentos							
						12	Estancia prolongada del paciente							
			3	Alteración y/o agresión física o verbal por parte de pacientes hacia el personal misional y administrativo de la Institución	Operativo	14	Abstinencia por parte del paciente	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Incidentes y Eventos adversos (Serios y no serios) 3. Pérdida de imagen y credibilidad institucional	Peculiar	3	Menor	2	Moderada	Reducir el riesgo
						16	Inadecuado enfoque Terapéutico debido a la ausencia y/o falta de adherencia de guías y/o protocolos para abordar e indagar a los pacientes							
						17	Uso inadecuado de expresiones a la hora de dirigirse al paciente							
			4	Sobrecostos asociados al proceso de atención	Financiero	18	Inadecuado enfoque Terapéutico debido a la ausencia y/o falta de adherencia de guías y/o protocolos para abordar e indagar a los pacientes	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Categorización en riesgo Fiscal y Financiero	Peculiar	3	Menor	2	Moderada	Reducir el riesgo
						19	Falta de adherencia a protocolos de atención							



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD
CONTROLES		SOPORTE Y/O DOCUMENTO RELACIONADO	RESPONSABLE DEL CONTROL	INDICADOR, META Y RESULTADO (Calidad-Planeación-Lider de proceso) (NOMBRE-ID-META)	PERIODICIDAD	Efectividad en la ejecución del control	SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL
3	Realizar rondas periódicas por las diferentes áreas de la institución y solicitar informe de dichas rondas (si aplica)	Informe	Jefe de apoyo logístico Hospitalario	Evaluación de servicio de Seguridad	Mensual		A través del indicador mensual se logra evidenciar la excelente gestión que ha realizado el personal de seguridad, se cuenta con una calificación del 100% de aceptación y/o satisfacción, frente a la labor realizada
4	Realizar socialización de la Guía de manejo clínico de paciente agitado violento en el servicio de urgencias						
5	Realizar auditoria a la pertinencia y diligenciamiento de la historia clínica a través del proceso de auditoria concurrente (paciente trazador)	Procedimiento de auditorias internas	Auditoria concurrente	Cumplimiento al Programa de Auditoria	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Se cuenta con un numero de actividades establecidas en el programa de auditoria concurrente y realizando la verificación del cumplimiento de dichas actividades se cuenta con una adherencia del 96%, incumpliendo a la meta establecida de control mensual, se realizan las recomendaciones pertinentes y se evaluara periodicamente
6	Medir adherencia al protocolo de Caídas a través de las rondas de seguridad del paciente e indicadores de medición y establecer plan de acción si aplica	Protocolo de caídas	Seguidad del paciente	% Cumplimiento de adherencia del protocolo de caídas	Semestral	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	A través de la gestión de eventos adversos y rondas de seguridad del paciente se logra evidenciar que la tasa de caídas se encuentra cumpliendo en un 33% al mes de Marzo, esto consiste en realizar una evaluación de criterios lo cual arroja dicho cumplimiento
7	Medir adherencia al protocolo de identificación del paciente a través de las rondas de seguridad del paciente e indicadores de medición y establecer plan de acción si aplica	Protocolo de identificación del Paciente	Seguidad del paciente	% Cumplimiento de adherencia del protocolo de identificación del paciente	Semestral	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	A través de la gestión de eventos adversos y rondas de seguridad del paciente se logra evidenciar que el % de cumplimiento al mes de Marzo es del 79%, teniendo 1% de desviación, dicha evaluación consiste en realizar una evaluación de criterios lo cual arroja dicho cumplimiento y a través del tablero de mando de indicadores se realiza seguimiento
8	Medir adherencia al protocolo de Prevención de lesión en piel a través de las rondas de seguridad del paciente e indicadores de medición y establecer plan de acción si aplica	Protocolo de prevención de lesión en Piel	Seguidad del paciente	% Cumplimiento de adherencia del protocolo de Ulceras por Presión	Semestral	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	A través de la gestión de eventos adversos y rondas de seguridad del paciente se logra evidenciar que el % de cumplimiento al mes de Marzo es del 70%, teniendo 10% de desviación, dicha evaluación consiste en realizar una evaluación de criterios lo cual arroja dicho cumplimiento y a través del tablero de mando de indicadores se realiza seguimiento
9							
10	Socialización y adherencia protocolo de administración de medicamentos	protocolo de administración de medicamentos	Seguidad del paciente	% adherencia al proceso de administración segura de medicamentos	Semestral		
	Realizar seguimiento al indicador	N/A	Jefe de Hospitalización	Promedio de días estancia	Mensual		
	Capacitar al personal involucrado en el Manual de comportamientos agresivos del cliente interno y cliente externo	Programa de auditoria	Auditoria concurrente	Cumplimiento al Programa de Auditoria	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Se cuenta con un numero de actividades establecidas en el programa de auditoria concurrente y realizando la verificación del cumplimiento de dichas actividades se cuenta con una adherencia del 96%, incumpliendo a la meta establecida de control mensual, se realizan las recomendaciones pertinentes y se evaluara periodicamente
	Revisar y medir adherencia a la pertinencia medica a través de la auditoria concurrente	Programa de auditoria	Auditoria concurrente	Cumplimiento al Programa de Auditoria	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Se cuenta con un numero de actividades establecidas en el programa de auditoria concurrente y realizando la verificación del cumplimiento de dichas actividades se cuenta con una adherencia del 96%, incumpliendo a la meta establecida de control mensual, se realizan las recomendaciones pertinentes y se evaluara periodicamente
	Realizar seguimiento a las causas de las PQRS y establecer plan de acción si estas corresponden a la vulneración de derechos			Porcentaje de quejas sobre atenciones	Mensual		
	Revisar y medir adherencia a la pertinencia medica a través de la auditoria concurrente	Programa de auditoria	Auditoria concurrente	Cumplimiento al Programa de Auditoria	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Se cuenta con un numero de actividades establecidas en el programa de auditoria concurrente y realizando la verificación del cumplimiento de dichas actividades se cuenta con una adherencia del 96%, incumpliendo a la meta establecida de control mensual, se realizan las recomendaciones pertinentes y se evaluara periodicamente
	Medir adherencia a los protocolos y/o Guías de atención a través de los indicadores establecidos en el Tablero de Mando	Tablero de mando de indicadores					

Capacitar al personal de TRI&RF en los criterios de calificación



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

PROCESO DE URGENCIAS

El proceso de URGENCIAS, cuenta con 4 riesgos identificados (ver Matriz de riesgos), 16 causas, Y 14 controles e indicadores relacionados para llevar a cabo el seguimiento y de esta forma la no materialización de estos.

CLASIFICACION	PROCESO	OBJETIVO POR PROCESO	RIESGO	CLASIFICACION O TIPO DE RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO (Consecuencias)	PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACION DEL RIESGO INHERENTE	TRATAMIENTO DEL RIESGO			
Misional	Urgencias	Prestar un servicio de atención en urgencias de manera oportuna, segura, continua, integral y pertinente, a través de la aplicación de procedimientos que propicien la satisfacción del usuario que accede al servicio.	1 Posibilidad de afectación y/o complicación en la condición clínica y física del paciente asociada al proceso de atención (Eventos Adversos)	Imagen	1	Demoras en el proceso de atención debido a la alta demanda del servicio	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Incidentes y Eventos adversos (Serios y no serios) 3. Pérdida de imagen y credibilidad institucional 4. Imposibilidad de prestar servicios y facturar	Probable	4	Mayor	4	Extrema	Reducir el riesgo
					2	No adherencia al protocolo de identificación del Paciente							
					3	No adherencia al Protocolo de administración de medicamentos.							
					4	Falta de Adherencia al Protocolo de caídas							
					5	Falta de Competencias o formación insuficiente del personal contratado							
					6	Consumo de Sustancias Psicoactivas al interior del Servicio							
					7	Insuficiencia en el recurso humano							
					8	Incumplimiento al cuadro de turnos por parte del personal Misional							
			2 Posibilidad de Alteración y/o agresión física o verbal por parte de pacientes hacia el personal misional y administrativo de la institución	Operativo	9	Abstinencia causada por el consumo de sustancias psicoactivas	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Incidentes y Eventos adversos (Serios y no serios)	Probable	3	Menor	2	Moderada	Reducir el riesgo
					10	Congestión en el servicio							
					11	Inoportunidad en la revaloración de los paciente							
					12	Falta de comunicación del personal interno de la institución hacia los pacientes							
			3 Sobrecostos durante el proceso de atención (los mismos)	Financiero	13	Inadecuado enfoque Terapeutico debido a la ausencia y/o falta de adherencia de guías y/o protocolos para abordar e indagar a los pacientes	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Categorización en riesgo Fiscal y	Probable	3	Menor	2	Moderada	Reducir el riesgo
					14	Falta de adherencia a protocolos de atención							
			4 Sanciones de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control (indicadores-informes-planes de acción-PAMEC)	Cumplimiento	15	Desconocimiento de la normatividad aplicable	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales y Pecuniarias 2. Pérdida de Imgen y credibilidad Institucional 3. Destitución del representante legal	Probable	3	Mayor	4	Extrema	Reducir el riesgo
					16	Incumplimiento a las fechas establecidas dentro del cronograma inicial de cada vigencia (Normatividad legal aplicable)							



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

CONTROLES	SOPORTE Y/O DOCUMENTO RELACIONADO	RESPONSABLE DEL CONTROL	INDICADOR, META Y RESULTADO (Calidad-Planeación-Lider de proceso) (NOMBRE-ID-META)	PERIODICIDAD	Efectividad en la ejecución del control	SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL
1	Procedimiento de PQRS	Jefe de atención al usuario	Porcentaje de quejas sobre atenciones	Mensual		
2	Protocolo de identificación del Paciente	% Cumplimiento de adherencia del protocolo de Identificación de Pacientes	% Cumplimiento de adherencia del protocolo de identificación del paciente	Semestral	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	A través de la gestión de eventos adversos y rondas de seguridad del paciente se logra evidenciar que el % de cumplimiento al mes de Marzo es del 79%, teniendo 1% de desviación, dicha evaluación consiste en realizar una evaluación de criterios lo cual arroja dicho cumplimiento y a través del tablero de mando de indicadores se realiza seguimiento
3	protocolo de administración de medicamentos	Seguidad del paciente	% adherencia al proceso de administración segura de medicamentos	Semestral		
4	Protocolo de caídas	Seguidad del paciente	% Cumplimiento de adherencia del protocolo de caídas	Semestral	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	A través de la gestión de eventos adversos y rondas de seguridad del paciente se logra evidenciar que la tasa de caídas se encuentra cumpliendo en un 93% al mes de Marzo, esto consiste en realizar una evaluación de criterios lo cual arroja dicho cumplimiento
5						
6	Informe	Jefe de apoyo logístico Hospitalario	Evaluación de servicio de Seguridad	Mensual		A través del indicador mensual se logra evidenciar la excelente gestión que ha realizado el personal de seguridad, se cuenta con una calificación del 100% de aceptación y/o satisfacción, frente a la labor realizada
7	Plan Estrategico del Talento		Nivel de cobertura de personal (planta + indirectos)	Mensual		
8	Cuadros de turnos	Jefes de procesos asistenciales Nomina				
9	Manual de comportamientos agresivos del cliente interno y cliente externo					
10						
11		Jefe de Urgencias	Cumplimiento de Reevaluaciones			
12						
13						
14						
15	Normograma Institucional	Oficina Juridica	% De cumplimiento en la actualización del normograma	Mensual		Tambien desde el área jurídica se realizó la solicitud de revisión y actualización del normograma de cada proceso, se cuenta con evidencia
16	Cronograma de Reportes a entes externos	Jefe del Proceso de Atención al usuario Oficina asesora de planeación	Informes entregados	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Teniendo en cuenta cuan importante es para la institución el generar reportes a entes de control, se estableció el cronograma de reportes a entes externo, dicho documento fue elaborado por el área de planeación y cada jefe de proceso, dejando como constancia un acta de compromiso y responsabilidad, a dicho cronograma se le hace seguimiento semanal y de esta forma se genera un reporte mensual, teniendo como resultado el 100% de cumplimiento de acuerdo a la cantidad de reportes que se deben generar mensualmente



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

PROCESO DE TALENTO HUMANO

El proceso de TALENTO HUMANO, cuenta con 5 riesgos identificados (ver Matriz de riesgos), 26 causas, Y 24 controles e indicadores relacionados para llevar a cabo el seguimiento y de esta forma la no materialización de estos.

CLASIFICACION	PROCESO	OBJETIVO POR PROCESO	RIESGO	CLASIFICACION O TIPO DE RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO (Consecuencias)	PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACION DEL RIESGO INHERENTE	TRATAMIENTO DEL RIESGO
Apoyo	Gestión de Talento Humano	Promover la persona competente en diferentes procesos y mejorar continuamente la competencia y desarrollo del talento humano a través de programas de capacitación para la buena prestación del servicio.	1. Incumplimiento a las metas de los procesos asistenciales y administrativos, afectando la productividad institucional	Imagen	1. Inadecuada selección de personal	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Incidentes y Eventos adversos (Serios y no serios) 3. Pérdida de imagen y credibilidad institucional 4. Incidentes y/o accidentes Laborales	Poco	Moderado	Alto	Reducir el riesgo
					2. Falta de adherencia al procedimiento de inducción específica					
					3. Falta de adherencia a los manuales de funciones y competencias					
					4. Insatisfacción del cliente interno					
					5. Falencias en la definición de metas y objetivos institucionales o en su socialización					
					6. Error en la identificación de necesidades de Capacitación y población pertinente					
					7. Falta de pertinencia y cobertura en la medición del desempeño (individual y grupal)					
			2. Afectación en la salud del colaborador a causa de la ausencia de control en la Matriz de peligros	Operativo	8. Movilización de pacientes	1. Caídas 2. Síndrome del túnel carpiano 3. Fracturas 4. Golpes 5. Sanciones legales y demás acciones Jurídicas 6. Pérdida de imagen y credibilidad institucional	Poco	Moderado	Alto	Reducir el riesgo
					9. Caída causada por piso mojado, antideslizantes desgastados, no hay pasamanos					
					10. Postura prolongada mantenida					
					11. Movimiento Repetitivo					
					12. Sobreesfuerzo					
					13. No reporte de los accidentes a la ARL					
					14. No reporte de condiciones inseguras					
			3. Pérdida de capital intelectual	Operativo	15. Polvos orgánicos e inorgánicos - Líquidos - Gases y vapores - Material particulado	1. Pérdida de la imagen institucional 2. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales y pecuniarias	Poco	Moderado	Alto	Reducir el riesgo
					16. Incumplimiento al plan institucional de capacitación					
					17. Error en la identificación de las necesidades y/o temas de plan de bienestar e incentivos					
					18. Fallas en el proceso de entrega de cargo					
					19. Falta de adherencia al procedimiento de inducción					
					20. Error en la identificación de necesidades de clima organizacional					
					21. Cultura organizacional no apta o no adecuada					
			22. Insatisfacción del cliente interno							
			4. Sanciones de los entes de control a causa de inconsistencias en el reporte y	Corrupción	23. No contar con el perfil idóneo para ocupar el cargo en mención	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales,	Poco	Mayor	Extremo	Reducir el riesgo
					24. Desconocimiento de las actualizaciones normativas					
			5. Sanciones de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control (Indicadores-informes-plan de acción-PAMEC)	Cumplimiento	25. Desconocimiento de la normatividad aplicable al proceso					
26. Falta de adherencia al cronograma de reportes a entes externos										



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

CONTROLES	SOPORTE Y/O DOCUMENTO RELACIONADO	RESPONSABLE DEL CONTROL	INDICADOR, META Y RESULTADO (Calidad-Planeación-Lider de proceso) (NOMBRE-ID-META)	PERIODICIDAD	Efectividad en la ejecución del control	SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL
1	Medir adherencia al Procedimiento de selección, vinculación e inducción del personal	Procedimiento de selección, vinculación e inducción del personal	Psicología Organizacional	Pruebas Psico-tecnicas		
2	Medir adherencia al procedimiento de Inducción específica (cobertura)	Procedimiento de selección, vinculación e inducción del personal	Psicología Organizacional	Cumplimiento a plan de inducción General	Mensual	
3	Actualizar el manual de funciones y competencias	Grado de avance en la implementación del modulo de gestión de competencias				
4	Establecer plan de acción, teniendo en cuenta la medición de satisfacción del cliente interno	Procedimiento para aplicar encuesta de clima organizacional y satisfacción del cliente interno	Talento Humano	Cumplimiento de actividades de clima	Mensual	
5	Realizar ejercicios grupales para revisión y definición de metas, teniendo en cuenta el momento coyuntural por el que esta pasando el país	POA	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional (Plan Operativo)			
6	Diligenciar el formato de identificación de necesidades de capacitación e incluir las mas relevantes y/o necesarias en el PIC	Plan anual de Capacitación	Talento Humano	Cumplimiento a plan institucional de capacitación	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta) Teniendo en cuenta que la meta final es del 90%, es necesario mencionar que se encuentra cumpliendo debido a que la meta mensual al mes de mayo es del 33%, se han realizado capacitaciones virtuales, dando cumplimiento a los lineamientos emitidos por el ministerio
7	Establecer y aplicar evaluación de desempeño para todo el personal de la institución	Evaluación de desempeño	Talento Humano	Cumplimiento de evaluación de desempeño	Semestral	
8	Realizar capacitación de movilización de personal al personal involucrado	Matriz de peligros SGSST	Profesional SGSST	Cumplimiento del programa de salud ocupacional	Mensual	Realizando la revisión del tablero de mando de indicadores se evidencia que la meta para el mes de abril era del 23%, teniendo un cumplimiento por encima de la meta establecida en un 32%, a pesar de la pandemia se han venido desarrollando actividades virtuales y se continua brindando acompañamiento a cada uno de los funcionarios que lo requieren
9	Medir adherencia al Procedimiento para el reporte de actos, condiciones peligrosas, actos inseguros y condiciones de salud, a través del indicador de medición	Matriz de peligros SGSST	Profesional SGSST	Cumplimiento del programa de salud ocupacional	Mensual	Realizando la revisión del tablero de mando de indicadores se evidencia que la meta para el mes de abril era del 23%, teniendo un cumplimiento por encima de la meta establecida en un 32%, a pesar de la pandemia se han venido desarrollando actividades virtuales y se continua brindando acompañamiento a cada uno de los funcionarios que lo requieren
10	Reforzamiento del programa de pausas activas en aras de mejorar la salud de nuestros colaboradores	Matriz de peligros SGSST	Profesional SGSST	Cumplimiento del programa de salud ocupacional	Mensual	Realizando la revisión del tablero de mando de indicadores se evidencia que la meta para el mes de abril era del 23%, teniendo un cumplimiento por encima de la meta establecida en un 32%, a pesar de la pandemia se han venido desarrollando actividades virtuales y se continua brindando acompañamiento a cada uno de los funcionarios que lo requieren
11	Reforzamiento del programa de pausas activas en aras de mejorar la salud de nuestros colaboradores	Matriz de peligros SGSST	Profesional SGSST	Cumplimiento del programa de salud ocupacional	Mensual	Realizando la revisión del tablero de mando de indicadores se evidencia que la meta para el mes de abril era del 23%, teniendo un cumplimiento por encima de la meta establecida en un 32%, a pesar de la pandemia se han venido desarrollando actividades virtuales y se continua brindando acompañamiento a cada uno de los funcionarios que lo requieren
12	Capacitación de empuje y traslado de cargas	Matriz de peligros SGSST	Profesional SGSST	Cumplimiento del programa de salud ocupacional	Mensual	Realizando la revisión del tablero de mando de indicadores se evidencia que la meta para el mes de abril era del 23%, teniendo un cumplimiento por encima de la meta establecida en un 32%, a pesar de la pandemia se han venido desarrollando actividades virtuales y se continua brindando acompañamiento a cada uno de los funcionarios que lo requieren
13	A través de folletos, notificar y dar a conocer la ARL a la cual estan afiliados y anexo a esto recordar el numero de telefono y ruta para reporte	Matriz de peligros SGSST	Profesional SGSST	Cumplimiento del programa de salud ocupacional	Mensual	Realizando la revisión del tablero de mando de indicadores se evidencia que la meta para el mes de abril era del 23%, teniendo un cumplimiento por encima de la meta establecida en un 32%, a pesar de la pandemia se han venido desarrollando actividades virtuales y se continua brindando acompañamiento a cada uno de los funcionarios que lo requieren
14	Capacitar al personal en el reporte y o conocimiento de condiciones inseguras y medir a través del reporte de las mismas	Matriz de peligros SGSST	Profesional SGSST	Cumplimiento del programa de salud ocupacional	Mensual	Realizando la revisión del tablero de mando de indicadores se evidencia que la meta para el mes de abril era del 23%, teniendo un cumplimiento por encima de la meta establecida en un 32%, a pesar de la pandemia se han venido desarrollando actividades virtuales y se continua brindando acompañamiento a cada uno de los funcionarios que lo requieren
15	Capacitación de uso de químicos y detergentes	Matriz de peligros SGSST	Profesional SGSST	Cumplimiento del programa de salud ocupacional	Mensual	Realizando la revisión del tablero de mando de indicadores se evidencia que la meta para el mes de abril era del 23%, teniendo un cumplimiento por encima de la meta establecida en un 32%, a pesar de la pandemia se han venido desarrollando actividades virtuales y se continua brindando acompañamiento a cada uno de los funcionarios que lo requieren
16	Realizar seguimiento al cumplimiento del plan anual de capacitación a través del tablero de mando de indicadores	Plan anual de Capacitación	Talento Humano	Cumplimiento a plan institucional de capacitación	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta) Teniendo en cuenta que la meta final es del 90%, es necesario mencionar que se encuentra cumpliendo debido a que la meta mensual al mes de mayo es del 33%, se han realizado capacitaciones virtuales, dando cumplimiento a los lineamientos emitidos por el ministerio
17	Establecer y aplicar el formato de identificación de necesidades de bienestar	Plan de bienestar e incentivos	Talento Humano	Cumplimiento a plan de Bienestar	Mensual	
18	Revisar, actualizar y medir adherencia al formato de entrega de cargo	Formato de entrega de cargo	Psicología Organizacional	N/A		
19	Medir adherencia al procedimiento de Inducción específica (cobertura)	Procedimiento de selección, vinculación e inducción del personal	Psicología Organizacional	Cumplimiento a plan de inducción General	Mensual	
20	Desarrollar las actividades expuestas en el plan de acción y medir cumplimiento a través de los indicadores de medición	Procedimiento para aplicar encuesta de clima organizacional y satisfacción del cliente interno	Psicología Organizacional	Cumplimiento de actividades de clima	Mensual	
21	Desarrollar las actividades expuestas en el plan de acción y medir cumplimiento a través de los indicadores de medición	Procedimiento para aplicar encuesta de clima organizacional y satisfacción del cliente interno	Psicología Organizacional	Cumplimiento de actividades de clima	Mensual	
22	Medir la insatisfacción del cliente interno e identificar las principales causas de insatisfacción a través de los indicadores establecidos	Procedimiento para aplicar encuesta de clima organizacional y satisfacción del cliente interno	Talento Humano	Cumplimiento de actividades de clima	Mensual	
23						
24						
25	Actualizar el normograma del proceso de Gestión del talento humano	Normograma Institucional	Oficina Jurídica	% De cumplimiento en la actualización del normograma	Mensual	Tambien desde el área jurídica se realizó la solicitud de revisión y actualización del normograma de cada proceso, se cuenta con evidencia
26	Adherencia al cronograma para seguimiento a reportes, el cual fue establecido por cada líder de proceso según los informes aplicables a cada una de sus áreas, notificando semanalmente los reportes e informes que se deben presentar	Cronograma de reportes a entes externos	Oficina Asesora de Planeación	Informes entregados	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta) Teniendo en cuenta cuan importante es para la institución el generar reportes a entes de control, se estableció el cronograma de reportes a entes externo, dicho documento fue elaborado por el área de planeación y cada jefe de proceso, dejando como constancia un acta de compromiso y responsabilidad, a dicho cronograma se le hace seguimiento semanal y de esta forma se genera un reporte mensual, teniendo como resultado el 100% de cumplimiento de acuerdo a la cantidad de reportes que se deben generar mensualmente



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

PROCESO DE SUMINISTROS

El proceso de SUMINISTROS, cuenta con 3 riesgos identificados (ver Matriz de riesgos), 7 causas, Y 2 controles establecidos y 7 controles por establecer e indicadores relacionados para llevar a cabo el seguimiento y de esta forma la no materialización de estos.

PROCESO	CLASIFICACION	PROCESO	OBJETIVO POR PROCESO	RIESGO	CLASIFICACION O TIPO DE RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO (Consecuencias)	PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACION DEL RIESGO INHERENTE	TRATAMIENTO DEL RIESGO	
N	Apoyo	Gestión de Suministros	Gestionar de manera oportuna los bienes muebles, medicamentos, dispositivos médicos e insumos que cumplan con los requisitos y especificaciones establecidas para la prestación del servicio.	1 Inoportunidad en la adquisición de bienes y servicios requeridos por la entidad	Operativo	1 Demora en el proceso Precontractual						
						2 Inoportunidad en la elaboración de estudios previos						
						3 Error en la identificación de necesidad de bienes e insumos requeridos						
						4						
						5						
				2 Vincular proveedores sin tener en cuenta los parámetros de calidad, técnicos y administrativos previamente establecidos	Operativo	6 Falta de conocimiento y/o capacitación en el procedimiento y manual de contratación	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales y pecuniarias					
						7 Falta de conocimiento y/o experiencia del personal que maneja la contratación	1. Errores de imagen institucional					
				3 Posibilidad de recibir o solicitar dativa o beneficio a nombre propio o de terceros con fin de celebrar un contrato	Corrupción	8 Carencia de controles en el procedimiento de contratación	2. Sanciones legales y demás acciones Jurídicas					
						9 Deficiencias en la preparación de pliegos, que radican en la inoportunidad de estudios previos y/o en los pliegos de requisitos orientados a	3. Detrimiento patrimonial					

CONTROLES	SOPORTE Y/O DOCUMENTO RELACIONADO	RESPONSABLE DEL CONTROL	INDICADOR, META Y RESULTADO (Calidad-Planeación-Lider de proceso) (NOMBRE-ID-META)	PERIODICIDAD	Efectividad en la ejecución del control	SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL
1 Socialización del procedimiento de contratación y formato de estudios previos	Procedimiento de Contratación	Formato de estudios previos Procedimiento de contratación	Oportunidad en la contratación	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	A raíz de la pandemia, la institución se ha visto obligada a contratar diferentes bienes y/o servicios, por lo cual se ha evaluado mensualmente la oportunidad en la contratación y hasta el mes de marzo el indicador ha cumplido con los tiempos establecidos de medición, anexo a esto se cuenta con la evidencia en la página del SECOP, puesto que todas las entidades públicas están obligadas a publicar sus procesos contractuales, dando cumplimiento al procedimiento y ruta de contratación.
2						
3						
4						
5						
6 Socialización y capacitación en la ruta y manual de contratación		Ruta y manual de contratación				
7						
8						
9						



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO: este proceso se encuentra con dos (2) riesgos identificados y las causas y controles está en proceso de actualización, e indicadores relacionados para llevar a cabo el seguimiento y de esta forma la no materialización de estos.

PROCESO	CLASIFICACION	PROCESO	OBJETIVO POR PROCESO	RIESGO	CLASIFICACION O TIPO DE RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO (Consecuencias)	PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACION DEL RIESGO INHERENTE	TRATAMIENTO DEL RIESGO
∞	Evaluación	Control Interno Disciplinario	Investigar las conductas disciplinadamente relevantes de los servidores públicos	Actos indebidos por acción u omisión para favorecer a Funcionarios o exfuncionarios en el desarrollo del proceso disciplinario	Corruptivo						
				Incumplimiento de términos en los procesos Disciplinarios	Operativo						

TECNOLOGIA Y MANTENIMIENTO: Este proceso tiene 6 riesgos identificados, 17 causas y 16 controles establecidos, e indicadores relacionados para llevar a cabo el seguimiento y de esta forma la no materialización de estos.

CLASIFICACION ADM. PROCESO	PROCESO	OBJETIVO POR PROCESO	RIESGO	CLASIFICACION O TIPO DE RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO (Consecuencias)	PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACION DEL RIESGO INHERENTE	TRATAMIENTO DEL RIESGO	CONTROLES	SOPORTE Y/O DOCUMENTO
Alto	Evaluación de Tecnología y Mantenimiento	Gestionar los procesos de tecnología, hardware, y mantenimiento de infraestructura de manera oportuna y eficiente, minimizando los riesgos.	1	Operativo	Falta de capacitación al personal asistencial en uso de equipos e insumos médicos	1. Sanciones legales y demás acciones jurídicas 2. Incidentes y Eventos adversos (fuerzas no intencionales) 3. Imposibilidad de prestar servicios y facturar	Posible	Mediana	Alto	Reducir el riesgo	1. Realizar seguimiento al programa de mantenimiento de equipos a través de los indicadores de medición. 2. Dando cumplimiento a la cláusula establecida del contrato por medio de la lista de chequeo de las obligaciones contractuales	1. Plan anual de capacitación 2. Cronograma de capacitación 3. Programa de Inducción 4. Cronograma de mantenimiento preventivo 5. Planilla de Indicado
2			Operativo	Daño y deterioro en equipos e insumos médicos causando complicaciones en el estado clínico del paciente	1. Sanciones legales y demás acciones jurídicas 2. Incidentes y Eventos adversos (fuerzas no intencionales) 3. Imposibilidad de prestar servicios y facturar	Posible	Mediana	Alto	Reducir el riesgo	2. Realizar seguimiento al programa de mantenimiento de equipos a través de los indicadores de medición.	1. Cronograma de mantenimiento preventivo 2. Planilla de Indicado	
3			Operativo	Demoras en el proceso de adquisición de repuestos para restablecer el correcto funcionamiento de equipos	4. Inportunidad en la respuesta del área de contratación 5. Inportunidad en los tiempos de entrega de equipos e insumos médicos por parte del proveedor	Alto	Mediana	Mediana	Reducir el riesgo	4. Realizar seguimiento al proceso de contratación a través de los indicadores establecidos 5. Realizar evaluación de proveedores	1. Lista de chequeo de Obligaciones contractuales 2. Acta de supervisión Planilla de Indicado	
4			Corruptivo	Possibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio de terceros con el fin de celebrar un contrato	6. Intentos Económicos por parte de terceros 7. Desconocimiento al código integridad y buen gobierno	Posible	Baja	Mediana	Reducir el riesgo	6. A través del manual de funciones y competencias, evaluar la idoneidad del funcionario para ejercer las funciones de supervisión de contratos 7. Fortalecer la socialización del código de integridad alineándolo a las sanciones derivadas de las acciones "no que debo y no debo hacer"	Manual de funciones y competencias Código de integridad	
5			Estratégico	Sanciones de los de los diferentes entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control	8. Incumplimiento al cronograma Reportes a entes externos 9. Desconocimiento de la normatividad aplicable	Posible	Mediana	Alto	Reducir el riesgo	8. Establecido por cada líder de proceso según los informes aplicables a cada una de las áreas, con el fin de dar seguimiento a los reportes de mantenimiento 9. Actualizar el cronograma del proceso de gestión de tecnología y mantenimiento	1. Cronograma de reportes a entes de control Normograma Institución	
6			Operativo	Deterioro en la infraestructura de la institución, generando inconformidad en el cliente interno y externo	10. Falta de planeación y priorización de mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura 11. Inportunidad en el proceso de adquisición de materiales y demás insumos necesarios para dar cumplimiento al plan de mantenimiento 12. Incumplimiento en los tiempos de entrega de las actividades y obras	Posible	Mediana	Alto	Reducir el riesgo	10. Establecer y realizar seguimiento al cumplimiento del plan de mantenimiento 11. Dando cumplimiento a la cláusula establecida del contrato por medio de la lista de chequeo de las obligaciones contractuales 12. Realizar seguimiento periódico a los tiempos establecidos para los mantenimientos de las diferentes áreas	1. Lista de chequeo de Obligaciones contractuales 2. Acta de supervisión 1. Cronograma de mantenimiento preventivo 2. Planilla de Indicado	
7			Operativo	No contar con el personal suficiente para ejecutar actividades de mantenimiento a la infraestructura	13. No contar con el personal suficiente para ejecutar actividades de mantenimiento a la infraestructura 14. Falta de compromiso por parte del personal interno y externo referente al cuidado y buen uso de la infraestructura	Posible	Mediana	Alto	Reducir el riesgo	13. Realizar solicitud de personal al área de talento humano (teniendo en cuenta perfil y competencias del cargo) 14. Realizar campañas de cuidado del ambiente físico	1. Formato de solicitud de personal 2. Procedimiento de selección, Visual, 1. Herramientas audiovisuales 2. Listado de asistencia	
8			Estratégico	Possibilidad de afectación de la integridad física y clínica de los pacientes y/o funcionarios, asociada a la oportunidad en el mantenimiento y/o uso de vehículos	15. No contar con proveedor que de respuesta a las necesidades de la institución 16. No contar con un cronograma de mantenimiento preventivo a vehículos 17. Incumplimiento al diligenciamiento del formato de inventario físico y estado de Vehículos (ITPM-E-009-41)	Posible	Mediana	Alto	Reducir el riesgo	15. Realizar carta de necesidad y solicitar viabilidad a la gerencia encargada y hacer seguimiento al contratista a través de la lista de chequeo y acta de supervisión 16. Establecer cronograma de mantenimiento preventivo y realizar seguimiento a través del indicador de medición 17. Realizar seguimiento periódico (diario), al correcto diligenciamiento del formato de inventario físico y estado del paciente y establecimiento	1. Acta de supervisión 2. Lista de chequeo de Obligaciones contractuales 1. Cronograma de mantenimiento preventivo y seguimiento a través del indicador de medición 2. Planilla de Indicado 1. Formato de inventario físico y estado del paciente y establecimiento (ITPM-E-009-41)	



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

GESTION JURIDICA: Este proceso tiene 1 riesgos identificados, 11 causas y 11 controles establecidos, e indicadores relacionados para llevar a cabo el seguimiento y de esta forma la no materialización de estos.

CLASIFICACION	PROCESO	OBJETIVO POR PROCESO	RIESGO	CLASIFICACION O TIPO DE RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO (Consecuencias)	PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACION DEL RIESGO INHERENTE	TRATAMIENTO DEL RIESGO		
Apoyo	Gestión Jurídica	Defender los intereses del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E. en asuntos judiciales y administrativos de asesoría legal, asistencia jurídica y representación legal.	1 Posibilidad de fallos en contra de la entidad, causado por vulneración de derechos (Reparación directa por falla del servicio médico)	Financiero	1 Falta del diligenciamiento de consentimiento informado 2 Error en el diligenciamiento de la Historia y/o registro clínico 3 Eventos adversos durante el proceso de atención 4 No realización del accionar adecuado de la fase inicial por áreas 5 No respuesta y/o demoras a las solicitudes 6 Idoneidad en la defensa judicial de la entidad 7 Vulneración de derechos del paciente (medico-asistencial, administrativo-asistencial) 8 Fallas en la atención del servicio médico 9 Incumplimiento en los pagos sentencias judiciales 10 Incumplimiento en los pagos a contratistas 11 Incumplimiento en los pagos de acreencias laborales	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales y pecuniarias 2. Pérdida de imagen y credibilidad institucional 3. Incidentes y eventos adversos 4. Detrimiento Patrimonial 5. Deficit Presupuestal 6. Categorización en riesgo Fiscal y Financiero	Posible	3	Mayor	4	Extrema	Reducir el riesgo

W	X	Y	Z	AA	AE	AL	AM
CONTROLES	SOPORTE Y/O DOCUMENTO RELACIONADO	RESPONSABLE DEL CONTROL	INDICADOR, META Y RESULTADO (Calidad-Planeación-Lider de proceso) (NOMBRE-ID-META)	PERIODICIDAD	Efectividad en la ejecución del control	SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL	
1	Verificar adherencia a través de la auditoria concurrente y auditoria de	Procedimiento de auditorias internas	Auditoria concurrente	Fallos a favor	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Realizando la revisión y adherencia al indicador de medición se evidencia que no hay fallos a favor, por lo cual el indicador se encuentra incumpliendo, no obstante es necesario mencionar que todos estos proceso pueden demorarse, de acuerdo a las leyes colombianas
2	Verificar adherencia a través de la auditoria concurrente y auditoria de Glosas	Procedimiento de auditorias internas	Auditoria concurrente				
3	Realizar seguimiento al plan de acción a través del programa de Seguridad del paciente	Procedimiento de auditorias internas	Auditoria concurrente				
4	Direccionamiento de la solicitud al área correspondiente de acuerdo a la pretensión	Ventanilla Unica Correo Electronico	Ventanilla Unica Área Jurídica				
5	Socializar y medir adherencia al procedimiento PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	procedimiento de PQRS	Área Jurídica Atención al usuario				
6	Establecer manual de funciones del profesional del área de Jurídica	Manual de funciones y competencias	Talento Humano				
7	Realizar auditoria al proceso de atención al usuario (PQRS) y seguimiento al plan de acción establecido	Plan de Acción	Jefe de atención al Usuario				
8	Realizar auditoria al proceso de atención al usuario (PQRS) y seguimiento al plan de acción establecido	Plan de Acción	Jefe de atención al Usuario				
9	Establecer la priorización presupuestal para depuración de cuenta de fallos	Cuentas por pagar y/o Rubro presupuestal	Ordenador del gasto Jefe área financiera				
10	Establecer la priorización presupuestal para pago a contratistas	Cuentas por pagar y/o Rubro presupuestal	Ordenador del gasto Jefe área financiera				
11	Establecer la priorización presupuestal para de acreencias laborales	Cuentas por pagar y/o Rubro presupuestal	Ordenador del gasto Jefe área financiera				



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

GESTION DE CONTRATACION: Este proceso tiene 5 riesgos identificados, 14 causas y 14 controles establecidos, e indicadores relacionados para llevar a cabo el seguimiento y de esta forma la no materialización de estos.

CLASIFICACION	PROCESO	OBJETIVO POR PROCESO	RIESGO	CLASIFICACION O TIPO DE RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO (Consecuencias)	PROBABILIDAD	IMPACTO	NIVEL DEL RIESGO INHERENTE	TRATAMIENTO DEL RIESGO			
Apoyo	Gestión Contratación	Procesos de escogencia de contratación que suplan las necesidades de bienes, servicios u obras a contratar. Además de revisar el cumplimiento a la ejecución contractual de acuerdo al estatuto manual de contratación.	1 Sanción de los diferentes entes de control a causa del incumplimiento del estatuto de contratación	Operativo	1 Inadecuada Elaboración y publicación de documentos precontractuales	1. Pérdida de imagen y credibilidad institucional 2. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales y pecuniarias 3. Categorización en riesgo Fiscal y Financiero	Probable	3	Moderada	Alta	Reducir el riesgo		
					2 Desconocimiento de la normatividad aplicable a la entidad								
					3 Falta de adherencia al procedimiento y ruta de contratación								
			2 Ofrecimiento De Dativas, Tráfico De Influencias Y Clientelismo En El Proceso De Contratación	Corrupción	4 Error en la designación de supervisor de contratos	1. Pérdida de imagen y credibilidad institucional 2. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales y pecuniarias	Probable	4	Mayor	4	Extrema	Reducir el riesgo	
					5 Incumplimiento a los valores y principios institucionales, establecidos en código de integridad								
			3 Contratación con personas naturales o jurídicas que se encuentran en listas restrictivas y de control o en procesos administrativos o judiciales asociados al lavado de activos, financiación del terrorismo o delitos conexos con los mismos.	Corrupción	6 Falta de diligenciamiento de formato SARLAFT	1. Pérdida de la imagen institucional	Baja	1	Moderada	3	Moderada	Reducir el riesgo	
					7 Falta de verificación de los reportes (SARLAFT), en las diferentes plataformas destinadas para dicho reporte								
			4 Demoras en el suministro y/o abastecimiento de bienes y/o servicios en la institución, relacionada a la ejecución del contrato	Operativo	8 Falta de idoneidad del contratista	1. Imposibilidad de prestar servicios y facturar 2. Pérdida de imagen y credibilidad institucional 3. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales y pecuniarias	Improbable	2	Moderada	3	Moderada	Reducir el riesgo	
					9 Error en la etapa de identificación de la necesidad								
					10 Falta de especificaciones técnicas en el estudio previo								
			5 Realizar los actos, contratos y procesos de ejecución de los mismos	Operativo	Incumplimiento del contratista, suministradores de bienes o servicios necesarios, ocasionando traumas en los procesos asistenciales y/o administrativos que pueden afectar el correcto funcionamiento en la prestación de servicios	11 Cambio en las especificaciones técnicas del suministro y/o servicio requerido	1. Imposibilidad de prestar servicios y facturar 2. Sanciones legales y demás acciones Jurídicas 3. Pérdida de imagen y credibilidad institucional 4. Reprocesos que afectan el correcto funcionamiento en la prestación del servicio	Probable	3	Menor	2	Moderada	Reducir el riesgo
						12 Variaciones en el mercado							
						13 Escasez de los productos y/o bienes							



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

CONTROLES	SOPORTE Y/O DOCUMENTO RELACIONADO	RESPONSABLE DEL CONTROL	INDICADOR, META Y RESULTADO (Calidad-Planeación-Lider de proceso) (NOMBRE-ID-META)	PERIODICIDAD	Efectividad en la ejecución del control	SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL	
1	Establecer un formato de identificación de necesidad, en el cual se describan las especificaciones técnicas del bien y/o servicio a suministrar	Carta de necesidad	Oficina de contratación	Oportunidad en la contratación	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	A raíz de la pandemia, la institución se ha visto obligada a contratar diferentes bienes y/o servicios, por lo cual se ha evaluado mensualmente la oportunidad en la contratación y hasta el mes de marzo el indicador ha cumplido con los tiempos establecidos de medición, anexo a esto se cuenta con la evidencia en la página del SECOP, puesto que todas las entidades públicas están obligadas a publicar sus procesos contractuales, dando cumplimiento al procedimiento y ruta de contratación.
2	Realizar auditoría precontractual a través de la auditoría contractual	Documentos precontractuales	Oficina de contratación	Oportunidad en la contratación	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	A raíz de la pandemia, la institución se ha visto obligada a contratar diferentes bienes y/o servicios, por lo cual se ha evaluado mensualmente la oportunidad en la contratación y hasta el mes de marzo el indicador ha cumplido con los tiempos establecidos de medición, anexo a esto se cuenta con la evidencia en la página del SECOP, puesto que todas las entidades públicas están obligadas a publicar sus procesos contractuales, dando cumplimiento al procedimiento y ruta de contratación.
3	Elaborar y socializar el normograma del proceso de Contratación	Normograma Institucional	Oficina Jurídica	% De cumplimiento en la actualización del normograma	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	También desde el área jurídica se realizó la solicitud de revisión y actualización del normograma de cada proceso, se cuenta con evidencia.
4	Socializar y medir adherencia a las ruta y procedimiento de contratación	Procedimiento de contratación	Oficina de contratación	Oportunidad en la contratación	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	A raíz de la pandemia, la institución se ha visto obligada a contratar diferentes bienes y/o servicios, por lo cual se ha evaluado mensualmente la oportunidad en la contratación y hasta el mes de marzo el indicador ha cumplido con los tiempos establecidos de medición, anexo a esto se cuenta con la evidencia en la página del SECOP, puesto que todas las entidades públicas están obligadas a publicar sus procesos contractuales, dando cumplimiento al procedimiento y ruta de contratación.
5	A través del manual de funciones y competencias, evaluar la idoneidad del funcionario para ejercer las funciones de supervisión de contratos	Manual de funciones y competencias	Oficina de contratación	Cumplimiento de Supervisores	Mensual		Teniendo en cuenta que el indicador es medido en días, se logra evidenciar el cumplimiento u oportunidad en la respuesta al mantenimiento de equipos, esto puede evidenciarse a través del tablero de mando de indicadores, reposado en calidad o plantilla de indicadores de cada proceso.
6	Fortalecer la socialización del código de integridad alineándolo a las sanciones derivadas de las acciones "lo que debo y no debo hacer"	Código de Integridad	Talento Humano	N/A	N/A		
7	Solicitar diligenciamiento de formato SARLAFT al contratista y auditar el proceso PRE-CONTRACTUAL	Formato SARLAFT Lista de chequeo (contratación)	Oficina de contratación	Oportunidad en la contratación	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	A raíz de la pandemia, la institución se ha visto obligada a contratar diferentes bienes y/o servicios, por lo cual se ha evaluado mensualmente la oportunidad en la contratación y hasta el mes de marzo el indicador ha cumplido con los tiempos establecidos de medición, anexo a esto se cuenta con la evidencia en la página del SECOP, puesto que todas las entidades públicas están obligadas a publicar sus procesos contractuales, dando cumplimiento al procedimiento y ruta de contratación.
8	Solicitar al Oficial de cumplimiento la verificación y veracidad de la información suministrada por el contratista	Estados financieros Declaración de renta del contratista Formato SARLAFT	Oficial de Cumplimiento	Oportunidad en la contratación	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	A raíz de la pandemia, la institución se ha visto obligada a contratar diferentes bienes y/o servicios, por lo cual se ha evaluado mensualmente la oportunidad en la contratación y hasta el mes de marzo el indicador ha cumplido con los tiempos establecidos de medición, anexo a esto se cuenta con la evidencia en la página del SECOP, puesto que todas las entidades públicas están obligadas a publicar sus procesos contractuales, dando cumplimiento al procedimiento y ruta de contratación.
9	Verificación de experiencia del contratista (general y específica)	Certificado de existencia y representación legal Certificaciones de contratos	Oficina de Contratación	Cumplimiento de Supervisores	Mensual		Teniendo en cuenta que el indicador es medido en días, se logra evidenciar el cumplimiento u oportunidad en la respuesta al mantenimiento de equipos, esto puede evidenciarse a través del tablero de mando de indicadores, reposado en calidad o plantilla de indicadores de cada proceso.
10	Establecer un formato de identificación de necesidad, en el cual se describan las especificaciones técnicas del bien y/o servicio a suministrar	Carta de necesidad	Oficina de Contratación	Cumplimiento de Supervisores	Mensual		Teniendo en cuenta que el indicador es medido en días, se logra evidenciar el cumplimiento u oportunidad en la respuesta al mantenimiento de equipos, esto puede evidenciarse a través del tablero de mando de indicadores, reposado en calidad o plantilla de indicadores de cada proceso.
11	Realizar auditoría al correcto diligenciamiento de estudios previos y su relación con el objeto	Formato de estudios previos	Oficina de contratación Auditoría de contratación Planeación	Cumplimiento de Supervisores	Mensual		Teniendo en cuenta que el indicador es medido en días, se logra evidenciar el cumplimiento u oportunidad en la respuesta al mantenimiento de equipos, esto puede evidenciarse a través del tablero de mando de indicadores, reposado en calidad o plantilla de indicadores de cada proceso.
12	Imposición de garantías contractuales	Contrato firmado Garantías contractuales	Oficina de Contratación	Cumplimiento de Supervisores	Mensual		Teniendo en cuenta que el indicador es medido en días, se logra evidenciar el cumplimiento u oportunidad en la respuesta al mantenimiento de equipos, esto puede evidenciarse a través del tablero de mando de indicadores, reposado en calidad o plantilla de indicadores de cada proceso.
13	Accionar pólizas	Contrato firmado Garantías contractuales	Oficina de Contratación	Cumplimiento de Supervisores	Mensual		Teniendo en cuenta que el indicador es medido en días, se logra evidenciar el cumplimiento u oportunidad en la respuesta al mantenimiento de equipos, esto puede evidenciarse a través del tablero de mando de indicadores, reposado en calidad o plantilla de indicadores de cada proceso.
14	Accionar pólizas	Contrato firmado Garantías contractuales	Oficina de Contratación	Cumplimiento de Supervisores	Mensual		Teniendo en cuenta que el indicador es medido en días, se logra evidenciar el cumplimiento u oportunidad en la respuesta al mantenimiento de equipos, esto puede evidenciarse a través del tablero de mando de indicadores, reposado en calidad o plantilla de indicadores de cada proceso.



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION: Esta gestión está en proceso de actualización e identificación de otros riesgos.

GESTION DE CALIDAD: Este proceso tiene 3 riesgos identificados, 6 causas y 6 controles establecidos, e indicadores relacionados para llevar a cabo el seguimiento y de esta forma la no materialización de estos

CLASIFICACION	PROCESO	OBJETIVO POR PROCESO	RIESGO	CLASIFICACION O TIPO DE RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO (Consecuencias)	PROBABILIDAD	IMPACTO	SEVERIDAD DEL RIESGO INHERENTE	TRATAMIENTO DEL RIESGO				
Direccionalismo	Gestión de Calidad	Implementar y mantener el Sistema Integrado de Gestión de Calidad en función de la misión organizacional, con el fin de lograr un proceso de mejora continua de la calidad, de forma que los servicios entregados satisfagan las necesidades de los usuarios.	1 Sanciones o cierre servicios a causa del incumplimiento de requisitos de habilitación o no registro de novedades	Estratégico	1 Falta de recursos para dar cumplimiento a cada uno de los requisitos expuestos en el manual de estándares de habilitación (3100-2003) 2 Incumplimiento a los planes de acción resultantes de las auditorías internas y externas	1. Sanciones legales y demás acciones Jurídicas 2. Desacierto en la toma de decisiones y elaboración de informes, debido a la inoportunidad en el reporte de	Posible	3	Catastrófica	5	Extrema	Reducir el riesgo		
			2 Sanciones de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control (indicadores-informes-planes de acción-PAMEC)	Estratégico	3 Inconsistencia de la información Reportada 4 Falta de adherencia a las actividades de reporte interno de los procesos	1. Sanciones legales y demás acciones Jurídicas 2. Desacierto en la toma de decisiones y elaboración de informes, debido a la inoportunidad	Posible	3	Moderada	3	Alta	Reducir el riesgo		
			3 Incumplimiento a las metas de proceso a causa del movimiento y/o rotación o retiro del talento Humano	Estratégico	5 Falta de Revisión y/o claridad de las funciones y/o actividades de cargos estratégicos y claves que afectan el desempeño de la Institución 6 Debilidad en el alcance e implementación del Plan estratégico del plan estratégico del talento Humano y de los procedimientos de traslado, promoción y retiro del talento Humano, independiente del tipo de contratación	1. Parálisis en los procesos internos de la institución 2. Baja Productividad 3. Pérdida de la memoria Institucional	Posible	3	Moderada	3	Alta	Reducir el riesgo		

CONTROLES	SOPORTE Y/O DOCUMENTO RELACIONADO	RESPONSABLE DEL CONTROL	INDICADOR, META Y RESULTADO (Calidad-Planeación-Lider de proceso) (NOMBRE-ID-META)	PERIODICIDAD	Efectividad en la ejecución del control	SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL
1 Realizar seguimiento a través de los planes de acción derivados de las auditorías internas y externas	1. Procedimiento de Gestión de Habilitación 2. Resolución 2800-2003 3. Procedimiento de gestión de planes de acción	1. Subdirección científica 2. Subdirección administrativa	Planes de Acción			
2 Realizar seguimiento detallado al cumplimiento de los planes de acción de cada proceso	4. Programa de Auditoría y procedimiento de auditoría 5. Procedimiento de Gestión de Indicadores	3. Líderes de procesos asistenciales y administrativos	% de cumplimiento del Plan de Acción Institucional ACPM (SALUD)	Mensual	2. Moderado (Algunas veces)	A través del reporte de indicadores se evidencia el grado de avance en el diligenciamiento y cierre de hallazgos que han sido impuestos por los diferentes entes evaluadores, teniendo como resultado cumplir la meta a marzo con un 73%.
3 Adherencia al cronograma para seguimiento a reportes, el cual fue establecido por cada líder de proceso según los informes aplicables a cada una de sus áreas, notificando semanalmente los reportes e informes que se deben presentar	1. Procedimiento de Gestión de Información documentada 2. Programa de Gestión de Indicadores 3. Programa Auditoría para el mejoramiento de la calidad en Salud (PAMEC)	1. Subdirección científica 2. Subdirección administrativa 3. Líderes de procesos asistenciales y administrativos	Seguimiento a Reportes	Mensual	1. Fuerte (siempre se ejecuta)	Teniendo en cuenta cuan importante es para la institución el generar reportes a entes de control, se estableció el cronograma de reportes a entes externo, dicho documento fue elaborado por el área de planeación y cada jefe de proceso, dejando como constancia un acta de compromiso y responsabilidad, a dicho cronograma se le hace seguimiento semanal y de esta forma se genera un reporte mensual, teniendo como resultado el 100% de cumplimiento.
5 Seguimiento a la ruta crítica del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad en Salud (PAMEC)	4. Procedimiento de Planes de Acción	4. Gestión De Calidad				
6 Identificar a través de los procesos y manual de Funciones cargos y/o roles claves de la organización	1. Plan de Desarrollo 2. Manual de Funciones 3. Plan estratégico del Talento Humano 4. Procedimiento de Indicadores 5. Procedimientos de traslado, promoción y retiro del talento Humano	1. Subdirección científica 2. Subdirección administrativa 3. Gerencia 4. Líder de la oficina funcional del talento Humano	Oportunidad de suministro de personal	Mensual	1. Fuerte (siempre se ejecuta)	Teniendo en cuenta que la institución se encuentra en proceso de acreditación e implementación de MIPQC, se hizo necesario establecer un procedimiento de selección de personal, que a su vez cuenta con indicadores de medición, realizando seguimiento a la oportunidad en la contratación y de esta forma no permitir que los procesos y/o áreas se encuentren descubiertos, esto se realiza minimizando el riesgo de afectación en la condición clínica y física del paciente, dicha situación se minimiza en la realización de indicación en el cargo, esto cuenta con un indicador puntual de inducción específica.
7 Actualizar el Plan estratégico del talento Humano incluyendo las actividades de promoción, traslado y/o Retiro de Todo el Personal (asistencial, administrativo), independiente de su modalidad de Contratación.			Oportunidad de suministro de personal	Mensual		Teniendo en cuenta que la institución se encuentra en proceso de acreditación e implementación de MIPQC, se hizo necesario establecer un procedimiento de selección de personal, que a su vez cuenta con indicadores de medición, realizando seguimiento a la oportunidad en la contratación y de esta forma no permitir que los procesos y/o áreas se encuentren descubiertos, esto se realiza minimizando el riesgo de afectación en la condición clínica y física del paciente.



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

GESTION DE CIRUGIA: Este proceso tiene 2 riesgos identificados, 11 causas y 11 controles establecidos, e indicadores relacionados para llevar a cabo el seguimiento y de esta forma la no materialización de estos

CLASIFICACION	PROCESO	OBJETIVO POR PROCESO	RIESGO	CLASIFICACION O TIPO DE RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO (Consecuencias)	PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACION DEL RIESGO INHERENTE	TRATAMIENTO DEL RIESGO				
Misional	Cirugía	Realizar los procedimientos quirúrgicos requeridos de acuerdo con el tratamiento definido por el especialista, para contribuir a la mejora del estado de salud del usuario, con estándares de seguridad y calidad en los procesos.	1 Posibilidad de afectación y/o complicación en la condición clínica y física del paciente asociada al proceso de atención en el área de Cirugía (Eventos Adversos)	Operativo	1	Inoportunidad en la asignación de cita de anestesiología	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales y pecuniarias 2. Incidentes y Eventos adversos (Serios y no serios) 3. Perdida de imagen y credibilidad institucional 4. Imposibilidad de prestar servicios y facturar	Probable	3	4	8	Extrema	Reducir el riesgo	
					2	Inoportunidad en la programación de cirugía								
					3	Incumplimiento a las recomendaciones por parte del paciente								
					4	Falta de disponibilidad de los profesionales contratados para la prestación del servicio								
					5	Complicaciones en el paciente, relacionadas con procedimiento Quirúrgico								
					6	Daños en los equipos durante un procedimiento quirúrgico, relacionado al mal uso de los equipos								
					7	Infección de sitio operatorio, asociado al proceso de central de esterilización								
					8	Deterioro en el instrumental quirúrgico, asociada al uso y reuso de dispositivos y/o equipos médicos								
					9	Inoportunidad en la entrega y/o suministro de material de osteosíntesis								
			2	Posibilidad de afectación a las ventas proyectadas de la vigencia, asociadas al incumplimiento de las metas del proceso de cirugía	Financiero	7	Falta de flujo de pacientes por modelo de contratación con EAPB	1. Deficit Presupuesta 2. Categorización en riesgo Fiscal y Financiero	Probable	4	4	8	Extrema	Reducir el riesgo
			8	Lineamientos normativos durante Pandemia (COVID-19)										

CONTROLES	SOPORTE Y/O DOCUMENTO RELACIONADO	RESPONSABLE DEL CONTROL	INDICADOR, META Y RESULTADO (Calidad-Planeación-Lider de proceso) (NOMBRE-ID-META)	PERIODO DxD	Efectividad en la ejecución del control	SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL	
1	Establecer cronograma y/o cuadro de turnos de los Especialistas de anestesia y verificar el cumplimiento de la agenda programada para esta especialidad (consulta externa)	Interconsultata de anestesia (PANACEA) Cronograma y/o cuadro de turnos	Jefe de Cirugía Programación		1.Fuerte (siempre se ejecuta)		
2	Establecer un cuadro de turnos para la especialidad de anestesiología para programas adicionales (Cirugía programada, urgencias) y hacer seguimiento	Cuadro de Turnos de cirugía	Jefe de Cirugía	Represa de cirugía programada	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	
3	Reprogramar procedimiento quirúrgico y relacionar en la nota de enfermería el motivo de suspensión y reprogramación de cirugía	Nota de enfermería (PANACEA) Planilla de Indicadores	Jefe de Cirugía	Proporción de Cancelación de cirugías	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	
4	Solicitar a los profesionales disponibilidad de agenda para programas adicionales	Cuadro de Turnos de cirugía	Jefe de Cirugía	N/A		1.Fuerte (siempre se ejecuta)	
5	Identificar a través del indicador de eventos e incidentes adversos las causas de complicaciones y establecer plan de acción	Planilla de indicadores	Jefe de Cirugía	Complicaciones Quirúrgicas	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	
6	Capacitar al personal involucrado en el área de cirugía en uso, limpieza y desinfección de equipos	Matriz AMPE Cronograma de Capacitación	Ingeniero Biomedico	Cumplimiento al Programa de Tecno vigilancia		1.Fuerte (siempre se ejecuta)	
7	Medir adherencia al manual de procedimientos de central de esterilización	Manual de procedimientos de central de esterilización	Jefe de Cirugía Coordinador de Central de Esterilización	Esterilización de equipos y prendas		1.Fuerte (siempre se ejecuta)	
8	Formalizar e implementar un formato que permita identificar la trazabilidad de dispositivos médicos en central de esterilización (Formalizar en Calidad)	Formato de trazabilidad dispositivos médicos	Jefe de Cirugía Coordinador de Central de Esterilización	Reuso de Dispositivos Medicos	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	
9	Dando cumplimiento a la cláusula establecida del contrato por medio de la lista de chequeo de las obligaciones contractuales	Acta de supervisión	Supervisor del contrato Área de contratación	Cumplimiento de Supervisores	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Teniendo en cuenta que el indicador se mide en días, se logra evidenciar el cumplimiento u oportunidad en la respuesta al mantenimiento de equipos, esto puede evidenciarse a través del tablero de mando de indicadores, reposado en calidad o plantilla de indicadores de cada proceso
1	Establecer modelo de contratación para establecer nuevos convenios con las diferentes EAPB	Minuta de contrato	Jefe de Mercadeo	Ejecucion de Contratos		1.Fuerte (siempre se ejecuta)	
2	No tiene control interno					3. Debil (No se ejecuta)	



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

GESTION APOYO DIAGNOSTICO: proceso tiene 2 riesgos identificados, 5 causas y 2 controles establecidos, y tres por establecer, indicadores relacionados para llevar a cabo el seguimiento y de esta forma la no materialización de estos.

CLASIFICACION	PROCESO	OBJETIVO POR PROCESO	RIESGO	CLASIFICACION O TIPO DE RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO (Consecuencias)	PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACION DEL RIESGO INHERENTE	TRATAMIENTO DEL RIESGO	
Misional	Apoyo Diagnóstico	Prestar un servicio de ayudas diagnósticas de forma segura, con resultados confiables y oportunos.	Posibilidad de afectación y/o complicación en la condición clínica y física del paciente asociada al proceso de atención en el apoyo diagnóstico	Operativo	Inoportunidad en toma y entrega de muestras de laboratorio clínico	1. Incidentes y Eventos adversos (Serios y no serios) 2. Pérdida de imagen y credibilidad institucional 3. Imposibilidad de prestar servicios y facturar	Paribia	3	3	Alta	Reducir el riesgo
					Error en la aplicación de los 5 correctos						
	Mala técnica de sangrado										
	Contaminación cruzada										
		Perdida y/o robo de insumos y reactivos en el área de Laboratorio clínico, para beneficio propio y/o de terceros	Corrupción	Falta de control en ingreso y salida de insumos y reactivos		Paribia	3	Mayor	4	Extrema	

CONTOLES	SOPORTE Y/O DOCUMENTO RELACIONADO	RESPONSABLE DEL CONTROL	INDICADOR, META Y RESULTADO (Calidad-Planeación-Lider de proceso) (NOMBRE-ID-META)	PERIODICIDAD	Efectividad en la ejecución del control	SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL
1	Realizar seguimiento a la ejecución contractual a través del acta de supervisión	Acta de supervisión	Supervisor de contrato	Cumplimiento de metas ayudas diagnósticas	Mensual	
2						
3						
4						
5	Controlar la salida de insumos y reactivos a través de la base de datos (100%) teniendo en cuenta lo establecido					



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA: proceso tiene 4 riesgos identificados, 16 causas y 16 controles establecidos, indicadores relacionados para llevar a cabo el seguimiento y de esta forma la no materialización de estos.

CLASIFICACION	PROCESO	OBJETIVO POR PROCESO	RIESGO	CLASIFICACION O TIPO DE RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO (Consecuencias)	PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACION DEL RIESGO INHERENTE	TRATAMIENTO DEL RIESGO
Apoyo	Gestión Administrativa y Financiera	No institucional, a través de la entrega oportuna de información contable presupuestal que permita una adecuada toma de decisiones.	1. Asignación, programación y ejecución presupuestal con destinación diferente al cumplimiento de las metas y programas institucionales	Corrupción	1. Incumplimiento a los valores y principios institucionales, establecidos en código de integridad	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Desacierto en la toma de decisiones y elaboración de informes 3. Pérdida de imagen y credibilidad institucional 4. Categorización en riesgo Fiscal y Financiero	Probable	Bajo	Alto	Reducir el riesgo
					2. Errores en el registro de información (presupuestal, contable y pagos)					
					3. Errores en la clasificación de la información (presupuestal, contable)					
					4. Deficiencia o demora en cierre					
			2. Presencia de aspectos de importancia material que afecten la razonabilidad del cierre fiscal	Financiero	5. No realización de operaciones contables, presupuestales y de tesorería	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Desacierto en la toma de decisiones y elaboración de informes	Probable	Moderado	Alto	Reducir el riesgo
					6. Información insuficiente y/o inconsistente reportada por las dependencias					
			3. Alteración en el flujo de caja de la entidad a causa de demoras en la facturación por ventas de servicios en salud, y, que conlleve a la inoportunidad en la radicación de la facturación	Operativo	7. Errores en la expedición de CDP de registro presupuestal o al tramitar los pagos y transferencias de recursos	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Desacierto en la toma de decisiones y elaboración de informes	Probable	Bajo	Extremo	Reducir el riesgo
					8. Error en la asignación del pagador					
					9. Cambio por parte de las EPS en los términos de radicación como: 1. Dirección 2. Modalidad de radicación 3. Cambio de plataforma 4. Cambios de Razon Social					
					10. Intermittencia en la red de internet de la institución ocasionando fallas en el enlace con la DIAN					
Gestión	Administrar los recursos financieros contribuyendo a la sostenibilidad y crecimiento	en la radicación de la facturación	11. Ausencia de soportes que respalden la Historia Clínica (Resultados de agudas DX, facturas de material de osteosíntesis, Hojas de gasto...)	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Desacierto en la toma de decisiones y elaboración de informes 3. Pérdida de imagen y credibilidad institucional 4. Categorización en riesgo Fiscal y Financiero	Probable	Moderado	Alto	Reducir el riesgo		
									12. Fallas en el proceso de Inducción general, específica y capacitación, para generación de archivos técnicos de ley (RIPS)	
									13. Incumplimiento a la meta mensual de facturación a causa de repesa por caída del sistema de información, la cual no permite facturar todos los servicios facturados	
			4. Sanciones de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control (Indicadores-Informes-planes de acción-FAMEC)	Estratégico	14. Incumplimiento a los lineamientos establecidos por los entes de control para la validación, cargue y presentación de los diferentes informes	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Desacierto en la toma de decisiones y elaboración de informes 3. Pérdida de imagen y credibilidad institucional 4. Categorización en riesgo Fiscal y Financiero	Probable	Moderado	Alto	Reducir el riesgo
					15. Fallas en la red de internet					
					16. Demoras y deficiencias en el cierre fiscal					



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

CONTROLES	SOPORTE Y/O DOCUMENTO RELACIONADO	RESPONSABLE DEL CONTROL	INDICADOR, META Y RESULTADO (Calidad-Planeación-Lider de proceso) (NOMBRE-ID-META)	PERIODICIDAD	Efectividad en la ejecución del control	SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL
1 Fortalecer la socialización del código de integridad alineándolo a las sanciones derivadas de las acciones "lo que debo y no debo hacer"	Código de Integridad Manual de Funciones Y competencias	Jefe oficina de talento humano	Procesos en curso	Mensual		
2 Fortalecer la evaluación del periodo de prueba de cada funcionario, formalizando el proceso de inducción específica	Procedimiento de selección, vinculación e inducción del personal	Jefe oficina de talento humano Jefes de procesos asistenciales y administrativos Psicología Organizacional	Cumplimiento a inducción Específica	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	El Procedimiento de selección, vinculación e inducción del personal, cuenta con indicadores inmersos, a los cuales se les hace seguimiento y control a través del repite y revisión mensual de indicadores y se puede evidenciar que dicho proceso se encuentra incumpliendo al mes de marzo, puesto que se ha retrasado un poco, debido a la pandemia y Paro indefinido, si no obstante la institución se encuentra en proceso de buscar alternativas no presenciales para la realización de la misma (Cuando aplique)
3 Fortalecer la evaluación del periodo de prueba de cada funcionario, formalizando el proceso de inducción específica	Procedimiento de selección, vinculación e inducción del personal	Jefe oficina de talento humano Jefes de procesos asistenciales y administrativos Psicología Organizacional	Cumplimiento a inducción Específica	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	El Procedimiento de selección, vinculación e inducción del personal, cuenta con indicadores inmersos, a los cuales se les hace seguimiento y control a través del repite y revisión mensual de indicadores y se puede evidenciar que dicho proceso se encuentra incumpliendo al mes de marzo, puesto que se ha retrasado un poco, debido a la pandemia y Paro indefinido, si no obstante la institución se encuentra en proceso de buscar alternativas no presenciales para la realización de la misma (Cuando aplique)
4 Adherencia al procedimiento de cierre Fiscal (Diseñar, implementar y mantener el control interno relevante para la preparación y presentación de estados financieros de acuerdo a la normatividad vigente)	Procedimiento de Cierre Fiscal	Lider financiero	Seguimiento Riesgo financiero	Mensual		
Realizar conciliaciones entre las diferentes áreas financieras	Procedimiento de Cierre Fiscal	Lider financieros	Seguimiento Riesgo financiero	Mensual		
Realizar conciliaciones entre las diferentes áreas financieras, tal como se establece en el procedimiento de cierre fiscal	Procedimiento de Cierre Fiscal	Lider financiero	Seguimiento Riesgo financiero	Mensual		
Fortalecer la socialización y/o adherencia a los procedimientos de presupuesto y tesorería	Procedimiento de presupuesto Procedimiento de tesorería	Lider financiero	Seguimiento Riesgo financiero	Mensual		
Adherencia al procedimiento de admisiones (Validación de derechos del usuario)	Procedimiento de admisión de urgencias	Lider de Mercadeo		Mensual		
Actualización constante de la base de datos de información de las EAFB	Base de datos	Lider de facturación		Mensual		
Busqueda de suministro de red alterna de internet para el proceso de facturación	Minuta de contrato	Lider de contratación Jurídica	Oportunidad en la contratación	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	A raíz de la pandemia, la institución se ha visto obligada a contratar diferentes bienes y/o servicios, por lo cual se ha evaluado mensualmente la oportunidad en la contratación y hasta el mes de marzo el licitador ha cumplido con los tiempos establecidos de medición, anexo a esto se cuenta con la evidencia en la página del SECOF, puesto que todas las entidades públicas están obligadas a publicar sus procesos contractuales, dando cumplimiento al procedimiento y ruta de contratación
Fortalecer el proceso de Pre-Auditoría y alistamiento de las facturas, para cumplimiento de criterios de facturación	Procedimiento de auditoría medica	Lider de Auditoría	Cumplimiento al Programa de Auditoría	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Se cuenta con un número de actividades establecidas en el programa de auditoría concurrente y realizando la verificación del cumplimiento de dichas actividades se cuenta con una adherencia del 96%, incumpliendo a la meta establecida de control mensual, se realizan las recomendaciones pertinentes y se evalúan periódicamente
Capacitación periódica en temas identificados por el líder del proceso	Necesidades de capacitación	Lider de Facturación Psicología Organizacional	Cumplimiento a plan institucional de capacitación	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Teniendo en cuenta que la meta final es del 90%, es necesario mencionar que se encuentra cumpliendo debido a que la meta mensual al mes de mayo es del 93%, se han realizado capacitaciones virtuales, dando cumplimiento a los lineamientos emitidos por el ministerio
Busqueda de suministro de red alterna de internet para el proceso de facturación	Minuta de contrato	Lider de sistemas de Información	Oportunidad en la contratación	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	A raíz de la pandemia, la institución se ha visto obligada a contratar diferentes bienes y/o servicios, por lo cual se ha evaluado mensualmente la oportunidad en la contratación y hasta el mes de marzo el licitador ha cumplido con los tiempos establecidos de medición, anexo a esto se cuenta con la evidencia en la página del SECOF, puesto que todas las entidades públicas están obligadas a publicar sus procesos contractuales, dando cumplimiento al procedimiento y ruta de contratación
1 Adherencia al cronograma para seguimiento a reportes, el cual fue establecido por cada líder de proceso según los informes aplicables a cada una de sus áreas, notificando semanalmente los reportes e informes que se deben presentar	Control de seguimiento a reportes	Jefes de procesos asistenciales y administrativos Profesional Universitario (Planeación)	Informes entregados	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Teniendo en cuenta cuan importante es para la institución el generar reportes a entes de control, se estableció el cronograma de reportes a entes externo, dicho documento fue elaborado por el área de planeación y cada jefe de proceso, dejando como constancia un acta de compromiso y responsabilidad, a dicho cronograma se le hace seguimiento semanal y de esta forma se genera un reporte mensual, teniendo como resultado el 100% de cumplimiento de acuerdo a la cantidad de reportes que se deben generar mensualmente
2 Busqueda de suministro de red alterna de internet	Minuta de contrato	Lider de sistemas de Información	Oportunidad en la contratación	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	A raíz de la pandemia, la institución se ha visto obligada a contratar diferentes bienes y/o servicios, por lo cual se ha evaluado mensualmente la oportunidad en la contratación y hasta el mes de marzo el licitador ha cumplido con los tiempos establecidos de medición, anexo a esto se cuenta con la evidencia en la página del SECOF, puesto que todas las entidades públicas están obligadas a publicar sus procesos contractuales, dando cumplimiento al procedimiento y ruta de contratación
3 Adherencia al procedimiento de cierre Fiscal (Diseñar, implementar y mantener el control interno relevante para la preparación y presentación de estados financieros de acuerdo a la normatividad vigente)	Procedimiento de Cierre Fiscal	Lider financiero	Seguimiento Riesgo financiero	Mensual		



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

GESTION CONTROL INTERNO: proceso tiene 3 riesgos identificados, 6 causas y 6 controles establecidos, indicadores relacionados para llevar a cabo el seguimiento y de esta forma la no materialización de estos

CLASIFICACION	PROCESO	OBJETIVO POR PROCESO	RIESGO	CLASIFICACION O TIPO DE RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO (Consecuencias)	PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACION DEL RIESGO INHERENTE	TRATAMIENTO DEL RIESGO	
Evaluación	Control Interno	Garantizar, proteger y velar por la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional, buscando fortalecer la gestión del riesgo y el cumplimiento de las dimensiones de MIPG	1 Sanciones legales y/o pecuniarias de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control (Indicadores-informes-plan de acción-PAMEC, Normatividad aplicable)	Estratégico	1 Rotación, movimiento o retiro del talento humano	1. Sanciones legales y demás acciones Jurídicas 2. Desacuerdo en la toma de decisiones y elaboración de informes	Probable	4 Moderada	3	Alto	Reducir el riesgo
					2 Inoportunidad en la entrega de información por parte de otras áreas de la institución						
					3 Incumplimiento a las fechas establecidas en el cronograma de seguimiento a entes externos						
			2 Incumplimiento a las metas y objetivos del proceso causando debilidad a la tercera Línea De Defensa de la dimensión de control interno de MIPG	Estratégico	4 Asignación de recurso humano sin evaluarse sus competencias e idoneidad. Incumpliendo así el manual de funciones y competencias						
			5 Incumplimiento a la ejecución de auditorías programadas al iniciar cada vigencia								
			3 Inadecuada toma de decisiones asociadas al Incumplimiento y Calidad en respuesta a los planes de Acción derivados de las auditorías internas y Externas	Cumplimiento	6 Deficiente seguimiento a la ejecución y cierre de los planes de mejora de cada uno de los procesos auditados						

CONTROLES	SOPORTE Y/O DOCUMENTO RELACIONADO	RESPONSABLE DEL CONTROL	INDICADOR, META Y RESULTADO (Calidad-Planeación-Lider de proceso) (NOMBRE-ID-META)	PERIODICIDAD	Efectividad en la ejecución del control	SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL
1 Establecer un equipo multidisciplinario (interno), que ejecute las actividades del control interno, independiente del nombramiento oficial por parte de la gobernación	Oficio de Asignación de funciones	Gerencia Subdirección administrativa y financiera				
2 Formalizar la solicitud de información y notificar la acción y/o sanción disciplinaria a causa del incumplimiento	Comunicación interna Procedimiento de Auditoría	Control interno				
3 Adherencia al cronograma para seguimiento a reportes, el cual fue establecido por cada líder de proceso según los informes aplicables a cada una de sus áreas, notificando semanalmente los reportes e informes que se deben presentar	Cronograma de reportes a entes externos	Oficina asesora de Planeación	Informes entregados	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Teniendo en cuenta cuan importante es para la institución el generar reportes a entes de control, se estableció el cronograma de reportes a entes externo, dicho documento fue elaborado por el área de planeación y cada jefe de proceso, dejando como constancia un acta de compromiso y responsabilidad, a dicho cronograma se le hace seguimiento semanal y de esta forma se genera un reporte mensual, teniendo como resultado el 100% de cumplimiento de acuerdo a la cantidad de reportes que se deben generar mensualmente
4 Establecer un plan de entrenamiento y capacitación en auditoría, dentro de la inducción específica del área de Control Interno	Formato de Inducción específica Certificado interno y/o externo en auditoría	Talento Humano Control Interno Calidad				
5 Establecer el programa anual de auditoría e indicador que mida el cumplimiento del mismo	Programa Anual de Auditoría (Incluyendo indicador de medición)	Control interno				
6 Fortalecer la actividades de seguimiento a los planes de acción, a través de mesas de trabajo (Ejemplo Contraloría), y notificar la acción y/o sanción disciplinaria a causa del incumplimiento	Comunicación interna Procedimiento de Auditoría Informe de Auditoría	Control interno Gerencia				



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

GESTIÓN DE APOYO LOGÍSTICO HOSPITALARIO: proceso tiene 3 riesgos identificados, 11 causas y 9 controles establecidos, indicadores relacionados para llevar a cabo el seguimiento y de esta forma la no materialización de estos

CLASIFICACION	PROCESO	OBJETIVO POR PROCESO	RIESGO	CLASIFICACION O TIPO DE RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO (Consecuencias)	PROBABILIDAD	IMPACTO	SEVERIDAD DEL RIESGO INHERENTE	TRATAMIENTO DEL RIESGO
Apoyo	Gestión de Apoyo Logístico Hospitalario	Prestar un servicio integral de apoyo logístico hospitalario con calidad y eficiencia buscando el bienestar de usuarios y los colaboradores del Hospital Mario Correa Rengifo.	1 Inoportunidad en el suministro de dietas a los pacientes Hospitalizados	Operativo	1 Incumplimiento en el suministro de alimentos por parte del contratista	1. Incidentes y Eventos adversos (Serios y no serios) 2. Sobrecostos en el proceso de alimentación	Fácil	3 Mayor	2 Moderada	Reducir el riesgo
					2 Inadecuada verificación del estado de ingreso de alimentos (calidad de los alimentos)					
					3 Perdida de dietas derivada a la no actualización del listado de dietas					
					4 Error en el diligenciamiento del formato de solicitud de dietas					
					5 Inadecuada manipulación de alimentos, generando pérdida de los mismos					
					6 Inadecuado almacenamiento de alimentos					
			2 Demoras en el proceso de atención, ocasionando deterioro en el estado clínico y/o físico del paciente	Operativo	7 Perdida y/o robo de ropa hospitalaria	1. Imposibilidad de prestar servicios de salud 2. Incidentes y Eventos adversos (Serios y no serios) 3. Pérdida de imagen y	Improbable	2 Mayor	2 Baja	Reducir el riesgo
					8 Inoportunidad en la entrega y recolección de ropa hospitalaria a los servicios asistenciales					
					9 Incumplimiento a las garantías contractuales por parte del contratista					
			3 Posibilidad de sanciones de los diferentes entes de control a causa de la generación de impactos ambientales		10 Inadecuada segregación, manejo y disposición final de residuos en las diferentes áreas y servicios de la institución		Fácil	3 Mayor	4 Extrema	Reducir el riesgo
					11 Poca cultura ambiental en cuanto al aprovechamiento de reciclaje de agua por parte de la población administrativa, asistencial, servicios generales, usuarios y población flotante					

CONTROLES	SOPORTE Y/O DOCUMENTO RELACIONADO	RESPONSABLE DEL CONTROL	INDICADOR, META Y RESULTADO (Calidad-Planeación-Lider de proceso) (NOMBRE-ID-META)	PERIODO DADO	Efectividad en la ejecución del control	SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL
1 Evaluar al contratista a través del acta de supervisión de contrato, de incumplir las especificaciones contractuales se deben activar las pólizas	Acta de supervisión Minuta de contrato					
2 Revisar, actualizar y evaluar el manual de procedimientos del servicio de alimentación, teniendo en cuenta la etapa de recepción, almacenamiento de	Manual de procedimientos del servicio de alimentación	Nutricionista (zona de alimentación)	Evaluación del cumplimiento del servicio de alimentación según normativa	Mensual		
3 Solicitar el censo de pacientes a primera hora de la mañana y solicitarlo por parte del jefe del servicio	Censo de pacientes (sistema de información)					
4 Capacitar al personal involucrado en realizar la solicitud de dietas en el sistema de información y medir adherencia a su aplicabilidad	Listado de asistencia					
5 Socializar y evaluar la el protocolo de alistamiento y preparación de alimentos	Protocolo de alistamiento y preparación de alimentos		Evaluación del cumplimiento del servicio de alimentación según normativa	Mensual		
6 Revisar, actualizar y evaluar el manual de procedimientos del servicio de alimentación, teniendo en cuenta la etapa de recepción, almacenamiento de	Manual de procedimientos del servicio de alimentación	Nutricionista (zona de alimentación)	Evaluación del cumplimiento del servicio de alimentación según normativa	Mensual		
Medir adherencia al formato de control de Ropa Sucia	Formato de control de ropa Sucia		Evaluación de servicio de Lavandería	Mensual		
Medir adherencia al procedimiento de lavandería, a través de los indicadores de medición	Procedimiento de lavandería		Evaluación de servicio de Lavandería	Mensual		
Evaluar al contratista a través del acta de supervisión de contrato, de incumplir las especificaciones contractuales se deben activar las pólizas	Acta de supervisión Minuta de contrato	Supervisor del contrato Área de contratación	Evaluación de servicio de Lavandería	Mensual		



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

GESTIÓN DE MERCADEO proceso tiene 5 riesgos identificados, 13 causas y 12 controles establecidos, indicadores relacionados para llevar a cabo el seguimiento y de esta forma la no materialización de estos

PROCESO	CLASIFICACION	PROCESO	OBJETIVO POR PROCESO	RIESGO	CLASIFICACION O TIPO DE RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO (Consecuencias)	PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACION DEL RIESGO INHERENTE	TRATAMIENTO DEL RIESGO				
18	Misional	Mercadeo	Ofrecer a la comunidad, Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios de salud de calidad, competitivos en el mercado y asegurar el cumplimiento de los requisitos clínicos, administrativos en la admisión de cada paciente y su familia, garantizando el mejor y más apropiado nivel de atención de acuerdo a los requisitos establecidos en los convenios vigentes, normalidad legal, suministrando la información necesaria para agilizar el proceso de facturación.	1	Incumplimiento a la visión institucional a causa de no ser autosostenibles financieramente.	Financiero	1. No suscripción de contratos con EAPB 2. No ser competitivos en las tarifas frente al mercado 3. Desconocimiento de los procedimientos a ofertar de acuerdo a lo habilitado (Portafolio de servicios)	1. Imposibilidad de prestar servicios de salud 2. Sanciones legales y demás acciones Jurídicas 4. Desacuerdo en la toma de decisiones 4. Pérdida de imagen y credibilidad institucional 5. Complicación de la condición médica del	Parikita	3	Mayor	4	Extrema	Reducir el riesgo	
				2	Inconvenientes en el recaudo por los servicios prestados a causa de fallas en el proceso de Admisión	Operativo	4. Fallas en la identificación del paciente durante el proceso de Admisión 5. Fallas en la validación del paciente para identificar el pagador 6. Cambios en el sistema de información del convenio (EAPB), durante la prestación del servicio hospitalario 7. Realización de admisiones en servicios que no corresponden al Proceso de admisión	1. Detrimento Patrimonial 2. sanciones legales y demás acciones Jurídicas 3. Destrucción de la figura legal de la entidad 4. Retrasos 5. Despidos masivos de personal	Parikita	3	Mayor	4	Extrema	Reducir el riesgo	
				3	Conflictos en la prestación del servicio a causa de los tramites administrativos en el área de Anexos y Autorizaciones	Operativo	8. Fallas en el proceso de Admisión 9. Justificación incompleta en el registro clínico (Historia Clínica) 10. Fallas en la comunicación con las diferentes EAPB No Contratadas (datos de contacto incorrectos, caída del sistema de información) 11. Inoportunidad en la auditoria concurrente	1. Complicación de la condición médica del paciente 2. Imposibilidad de prestar servicios de salud	Parikita	3	Mayor	4	Extrema	Reducir el riesgo	
				4	Sanciones legales y/o pecuniaria a causa de la mala administración del patrimonio de la entidad	Financiero	12. No evaluación del costo operativo frente al valor de venta del servicio 13. No evaluación del valor de compra (insumos y medicamentos) frente al valor de venta	1. Detrimento Patrimonial 2. Sanciones legales y demás acciones Jurídicas	Parikita	3	Mediana	3	Alta	Reducir el riesgo	
				5	Posibilidad de recibir o solicitar ddiva o beneficio a nombre propio o de terceros	Corrupción	14. 15.								Reducir el riesgo



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

CONTROLES	SOPORTE Y/O DOCUMENTO RELACIONADO	RESPONSABLE DEL CONTROL	INDICADOR, META Y RESULTADO (Calidad-Planeación-Lider de proceso) (NOMBRE-ID-META)	PERIODICIDAD	Efectividad en la ejecución del control	SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL
1	Cronograma Procedimiento de Contratación y mercadeo	Jefe Contratación y Mercadeo Oficina Jurídica	Ejecución de Contratos			
2	Procedimiento costos	Costos	Cumplimiento de Plan de Mercadeo			
3	Portafolio de Servicio Portafolio de procedimientos	Jefe Contratación y Mercadeo Subdirección científica Coordinación médica Habilitación Jefes procesos Asistenciales Comunicaciones	Cumplimiento de Plan de Mercadeo			
4	Procedimiento de Admisión	Jefe Contratación y Mercadeo Gestión de Información documentada				
5	Banco Datos	Jefe Contratación y Mercadeo				
6	Sistema de Información PANACEA	Jefe Contratación y Mercadeo Subdirección científica Sistemas de Información				
7	Procedimiento de Admisión	Jefe Contratación y Mercadeo Sistemas de Información				
8	Procedimiento de Admisión	Jefe Contratación y Mercadeo Jefe de Auditoría Concurrente	Cumplimiento al Programa de Auditoría	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Se cuenta con un número de actividades establecidas en el programa de auditoría concurrente y realizando la verificación del cumplimiento de dichas actividades se cuenta con una adherencia del 96%, incumpliendo a la meta establecida de control mensual, se realizan las recomendaciones pertinentes y se evaluará periódicamente
9	Procedimiento de Auditoría Concurrente Procedimiento de Cuentas Médicas	Auditoría Concurrente	Cumplimiento al Programa de Auditoría	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Se cuenta con un número de actividades establecidas en el programa de auditoría concurrente y realizando la verificación del cumplimiento de dichas actividades se cuenta con una adherencia del 96%, incumpliendo a la meta establecida de control mensual, se realizan las recomendaciones pertinentes y se evaluará periódicamente
10	Banco Datos	Jefe Contratación y Mercadeo				
11	E-mail	Jefe Contratación y Mercadeo	Cumplimiento al Programa de Auditoría	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Se cuenta con un número de actividades establecidas en el programa de auditoría concurrente y realizando la verificación del cumplimiento de dichas actividades se cuenta con una adherencia del 96%, incumpliendo a la meta establecida de control mensual, se realizan las recomendaciones pertinentes y se evaluará periódicamente
12	Plan de Costos	Gestión Financiera				



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

GESTIÓN DE FARMACIA: proceso tiene 4 riesgos identificados, 14 causas y 8 controles establecidos, indicadores relacionados para llevar a cabo el seguimiento y de esta forma la no materialización de estos

PROCESO	CLASIFICACION	PROCESO	OBJETIVO POR PROCESO	RIESGO	CLASIFICACION O TIPO DE RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO (Consecuencias)	PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACION DEL RIESGO INHERENTE	TRATAMIENTO DEL RIESGO	
19	Misional	Farmacia	Planificar, coordinar y controlar oportunamente el proceso de dispensación de medicamentos y dispositivos médicos para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.	1	Operativo	1 Falta de stock de medicamentos y dispositivos, en el área de Almacen	1. Sanciones legales y demas acciones Jurídicas 2. Incidentes y Eventos adversos (Serios y no serios) 3. Pérdida de imagen y credibilidad institucional 4. Imposibilidad de	Improbable	2	Moderada	Moderada	Reducir el riesgo
						2 Error en el sistema de información para hacer ingreso de los medicamentos y dispositivos al inventario						
						3 Incumplimiento a la solicitud de medicamentos y dispositivos por parte del proveedor						
						4 Error en la verificación de formulas en el área de farmacia						
						5 Error en la elaboración de la formula						
						6 Error en el despacho de las formulas a los servicios						
				2	Financiero	7 Falta de adherencia al Manual de Procedimiento de Farmacia	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Pérdida de imagen y			Reducir el riesgo		
						8 Falta de semaforización de medicamentos y dispositivos en el área de almacen y Farmacia						
						9 Error en la manipulación de medicamentos (ruptura)						
				3	Corrupción	10 Mala planificación en la solicitud de medicamentos y				Reducir el riesgo		
						11 Falta de un sistema de inventario para el área de almacen y						
				4	Estratégico	Sanción o Acción disciplinaria a causa de la pérdida o hurto de medicamentos en el área de farmacia	12 Debilidad en el sistema de vigilancia de la institución			Reducir el riesgo		
							13 Incumplimiento al cronograma de reportes obligatorios					
							14 Desconocimiento en la normatividad vigente					

CONTROLES	SOPORTE Y/O DOCUMENTO RELACIONADO	RESPONSABLE DEL CONTROL	INDICADOR, META Y RESULTADO (Calidad-Planeación-Lider de proceso) (NOMBRE-ID-META)	PERIODICIDAD	Efectividad en la ejecución del control	SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL
1 Realizar inventario de medicamentos y dispositivos medicos						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8 Medir adherencia al Manual de procedimientos de Farmacia						
9 Medir tasa de ruptura de medicamentos y establecer plan de acción si	Manual de procedimientos de farmacia	Químico Farmaceutico	Porcentaje de averias	Mensual		
10 Medir adherencia a través del indicador establecido para dispensación	Manual de procedimientos de farmacia	Químico Farmaceutico	Errores de dispensacion	Mensual		
11 Elaborar y aprobar el Procedimiento de inventario del	Procedimiento de inventario del servicio farmaceutico	Químico Farmaceutico	N/A			
12 Fortalecer y capacitar a los guardas de seguridad, en aras de disminuir y/o evitar el robo y/o hurto de bienes o insumos de la institución	N/A	Jefe de apoyo logistico Hospitalario	Evaluación de servicio de Seguridad	Mensual		
13 Adherencia al cronograma para seguimiento a reportes, el cual fue establecido por cada lider de proceso según los informes aplicables a cada una de sus áreas, notificando semanalmente los reportes e informes que se deben presentar	Cronograma de reportes a entes externos	Oficina asesora de Planeación	Informes entregados	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Teniendo en cuenta cuan importante es para la institución el generar reportes a entes de control, se estableció el cronograma de reportes a entes externo, dicho documento fue elaborado por el área de planeación y cada jefe de proceso, dejando como constancia un acta de compromiso y responsabilidad, a dicho cronograma se le hace seguimiento semanal y de esta forma se genera un reporte mensual, teniendo como resultado el 100% de cumplimiento de acuerdo a la cantidad de reportes que se deben generar mensualmente
14 Realizar la actualización del normograma del proceso de Farmacia	Normograma Institucional	Oficina Jurídica	% De cumplimiento en la actualización del normograma	Mensual		También desde el área jurídica se realizó la solicitud de revisión y actualización del normograma de cada proceso, se cuenta con evidencia
15 Adherencia al cronograma para seguimiento a reportes, el cual fue						Teniendo en cuenta cuan importante es para la institución el generar reportes a entes de



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

GESTIÓN DE COVE: proceso tiene 3 riesgos identificados, 6 causas y 6 controles establecidos, indicadores relacionados para llevar a cabo el seguimiento y de esta forma la no materialización de estos

PROCESO	CLASIFICACION	PROCESO	OBJETIVO POR PROCESO	RIESGO	CLASIFICACION O TIPO DE RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO (Consecuencias)	PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACION DEL RIESGO INHERENTE	TRATAMIENTO DEL RIESGO						
20	Misional	COVE	Prevenir y controlar las infecciones intrahospitalarias durante la prestación del servicio en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo.	1	Sanciones de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control	Estratégico	1. Incumplimiento al cronograma de reportes obligatorios 2. Fallas o caída en las plataformas de reporte	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales	Parible	3	Medorada	3	Alta	Reducir el riesgo			
				2	Servicios de atención no acordes a la población caracterizada	Operativo	3	Falta de información para el correcto diligenciamiento de la ficha epidemiológica, a causa de la mala interrogación por parte del profesional	1. Detrimiento Patrimonial 2. sanciones legales y demás acciones Jurídicas	Parible	3	Menor	2	Medorada	Reducir el riesgo		
				3	Sobrecosto en el proceso de atención a causa de la falta de información en la ficha epidemiológica	Financiero	5	Error en el diligenciamiento de la Historia Clínica	7	Retraso en el procesamiento de las muestras a causa del no diligenciamiento de la ficha epidemiológica	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales	Parible	3	Medorada	3	Alta	Reducir el riesgo
							6	Mal diagnóstico por parte del profesional			2. Pérdida de imagen y credibilidad institucional						
							7				3. Categorización en						

CONTROLES	SOPORTE Y/O DOCUMENTO RELACIONADO	RESPONSABLE DEL CONTROL	INDICADOR, META Y RESULTADO (Calidad-Planeación-Lider de proceso) (NOMBRE-ID-META)	PERIODICIDAD	Efectividad en la ejecución del control	SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL	
1	Adherencia al cronograma para seguimiento a reportes, el cual fue establecido por cada líder de proceso según los informes aplicables a cada una de sus áreas, notificando semanalmente los reportes e informes que se deben presentar	Cronograma de Reportes a entes externos	Oficina asesora de Planeación	Informes entregados	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Teniendo en cuenta cuan importante es para la institución el generar reportes a entes de control, se estableció el cronograma de reportes a entes externo, dicho documento fue elaborado por el área de planeación y cada jefe de proceso, dejando como constancia un acta de compromiso u responsabilidad. a dicho cronograma se le hace seguimiento semanal de
2	Busqueda de suministro de red alterna de internet	Ficha de Indicadores	Oficina de sistemas de información	Avance PETI	Mensual		
3	Medir adherencia al diligenciamiento de la ficha epidemiológica a través de la ficha de indicadores	Ficha de Indicadores (auditoria-cove)	Lider COVE	Proporcion de fichas epidemiologicas diligenciadas correctamente	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Se cuenta con un número de actividades establecidas en el programa de auditoria concurrente y realizando la verificación del cumplimiento de dichas actividades se cuenta con una adherencia del 100% acompañada de la meta establecida de control mensual se realizan las actividades establecidas en el programa de auditoria concurrente y realizando la verificación del cumplimiento de dichas actividades se cuenta con una
4	Fortalecer la etapa de inducción específica del personal asistencial y evaluar adherencia de la misma a través del proceso de auditoria	Ficha de Indicadores (auditoria-cove)	Lider de Auditoria	Cumplimiento al Programa de Auditoria	Mensual		
5	Medir adherencia y pertinencia de la historia Clínica a través del proceso de auditoria u IC	Ficha de Indicadores (auditoria-cove)	Lider de Auditoria	Cumplimiento al Programa de Auditoria	Mensual		
6	Medir adherencia al diligenciamiento de la ficha epidemiológica a través de la ficha de indicadores	Ficha de Indicadores (auditoria-cove)	Lider COVE	Proporcion de fichas epidemiologicas diligenciadas correctamente	Mensual		



"Nuestro compromiso es con su bienestar y la vida"

HOSPITAL DEPARTAMENTAL
MARIO CORREA RENGIFO
 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 Nit No. 890.399.047-8

GESTIÓN DE AUDITORIA: proceso tiene 1 riesgos identificados, 4 causas y 3 controles establecidos, indicadores relacionados para llevar a cabo el seguimiento y de esta forma la no materialización de estos

PROCESO	CLASIFICACION	PROCESO	OBJETIVO POR PROCESO	RIESGO	CLASIFICACION O TIPO DE RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFEECTO DEL RIESGO (Consecuencias)	PROBABILIDAD	IMPACTO	VALORACION DEL RIESGO INHERENTE	TRATAMIENTO DEL RIESGO		
21	Evaluación	Auditoria	Evaluar el cumplimiento y adherencia de la normatividad y directrices institucionales en los procesos asistenciales y administrativos.	Posibles Hallazgos de los diferentes entes de control asociados al incumplimiento y/o adherencia de las actividades de Auditoria Medica (Concurrente, Farmacia, Glosas, Sistema de Información, Historia Clínica)	Estratégico	1 Rotación, movimiento o retiro del talento humano 2 Falta de compromiso por parte de los líderes de los diferentes procesos, para dar respuesta a solicitudes realizadas desde el área de Auditoria 3 Falta de Pertinencia y/o ausencia del registro clinico (Historia Clínica) 4 Fallas en la auditoria concurrente causado por el incumplimiento y/o error en el registro (CENSO) o entrega de turno medico	1. Detrimiento Patrimonial 2. Afectación en atención asistencial frente al no cumplimiento de los requisitos mínimos 3. Perdida de la Imagen Institucional	Probable	4	Mediana	3	Alta	Reducir el riesgo

X	Y	Z	AA	AE	AL	AM
CONTROLES	SOPORTE Y/O DOCUMENTO RELACIONADO	RESPONSABLE DEL CONTROL	INDICADOR, META Y RESULTADO (Calidad-Planeación-Lider de proceso) (NOMBRE-ID-META)	PERIODICIDAD	Efectividad en la ejecución del control	SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL
1	1. Manual De funciones y competencias 2. Plan Estrategico del Talento Humano	Talento humano				
2	1. Comunicación interna 2. Procedimiento de Auditoria 3. E-mail 4. Via telefonica y/o WhatsApp					
3	2. Plan de Acción (Auditoria)	Lider de Auditoria	Cumplimiento al Programa de Auditoria	Mensual	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Se cuenta con un numero de actividades establecidas en el programa de auditoria concurrente y realizando la verificación del cumplimiento de dichas actividades se cuenta con una adherencia del 96%, incumpliendo a la meta establecida de control mensual, se realizan las recomendaciones pertinentes y se evaliara periodicamente
4						



RECOMENDACIONES

- Para los riesgos que no tuvieron observaciones, es importante que los procesos mantengan los controles y las acciones preventivas planteadas pues éstas han sido eficaces, evitando su materialización, así mismo, en los diferentes círculos de mejoramiento, los procesos deben estudiar la pertinencia de identificar nuevos riesgos que a su juicio representen una amenaza para la consecución de los objetivos institucionales e incluirlos en el mapa de riesgo.
- El nuevo Mapa de Riesgos Institucional 2021 se elaboró en la oficina asesora de planeación teniendo en cuenta las diferentes áreas, de acuerdo con los lineamientos de la DAFP respecto al nuevo modelo MIPG con el apoyo de todos, donde se realizará actividades que impliquen identificación, análisis y calificación del impacto, probabilidad y las causas del riesgo.
- Una vez actualizado el mapa de riesgos se debe socializar y estandarizar un monitoreo y revisión de las actividades propuestas por parte de los subgerentes, la segunda línea de defensa (planeación) y las diferentes áreas involucradas. y así lograr un cumplimiento de las mismas, lo cual se traduce en la reducción de riesgos al interior de la institución y una mejor atención a la población.
- Cada coordinador y y/o líder responsable de riesgos, llevar registros si existe la materialización de los riesgos para establecer con mayor objetividad si los riesgos se están reduciendo o previniendo.
- Finalmente se recomienda que periódicamente se realice una socialización del Mapa de Riesgos, con el fin de que el personal vinculado a la entidad conozca de primera mano que son estos instrumentos y cuál es



*"Nuestro compromiso es con
su bienestar y la vida"*

HOSPITAL DEPARTAMENTAL

MARIO CORREA RENGIFO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Nit No. 890.399.047-8

su finalidad, además que esto redundara en un mejoramiento y construcción colectivo de los mismos, siendo importante que los líderes de los procesos involucren a su equipo de trabajo en la socialización y actualización de estos instrumentos.

- Cuando a los procesos que se les haya materializado riesgos, deben presentar y suscribir plan de mejoramiento ante la oficina de Control Interno y planeación dentro de los cinco (5) días siguientes, con la siguiente recomendación.
 - Las acciones correctivas que se planteen en el plan de acción o de mejoramiento, deben garantizar, la eliminación de la causa y su no repetición.

Martha Polo Motta
Ingeniero Diego Infante
Oficina de Control Interno