



ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA

Código: CI-MR-01

Control Interno

Versión: 1.0

Mapa de Riesgos

**Fecha de Aprobación
01/12/2017**

MAPA DE RIESGOS

ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA

**DR. OSCAR ALBERTO SANCHEZ MUÑOZ
GERENTE**

La palma (Cundinamarca), 1 de diciembre de 2018



ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA

Código: CI-MR-01

Control Interno

Versión: 1.0

Mapa de Riesgos


**Fecha de Aprobación
01/12/2017**



Empresa Social del Estado

Hospital San José de la Palma

"Unidos por un Servicio de Salud con Calidad Humana"

	ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA	Código: CI-MR-01
	Control Interno	Versión: 1.0
	Mapa de Riesgos	Fecha de Aprobación 01/12/2017

Introducción

La ESE Hospital San José de la Palma, en sus objetivos estratégicos y en cumplimiento al DECRETO 943 DE 2014 *por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)*, y DECRETO 1537 DE 2001 Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado. Ha realizado la implementación del Mapa de Riesgos Administrativo y creación del mapa de riesgos asistencial como mecanismo de fortalecimiento a la gestión y al sistema de Control Interno.

Este instrumento gerencial, relacionado con la Administración del Riesgo, se constituye en el componente que permite auto controlar aquellos eventos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos.

La Gerencia como responsable del Control Interno, liderando este proceso con la participación activa del Apoyo del MECI, consolidó la información de las diferentes dependencias, para actualizar el Mapa de riesgos Institucional.

Para llevar a cabo esta actividad, se utilizó la metodología establecida en la guía Administración del Riesgo elaborado por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

**1. OBJETIVOS**

- 1.1. Aumentar la probabilidad de alcanzar los objetivos y proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los mismos.
- 1.2. Ser consciente de la necesidad de identificar y tratar los riesgos en todos los niveles de la entidad.
- 1.3. Involucrar y comprometer a todos los servidores de las entidades de la Administración Pública en la búsqueda de acciones encaminadas a prevenir y administrar los riesgos.
- 1.4. Cumplir con los requisitos legales y reglamentarios pertinentes.
- 1.5. Mejorar el Gobierno.
- 1.6. Proteger los recursos del Estado.
- 1.7. Establecer una base confiable para la toma de decisiones y la planificación.
- 1.8. Asignar y usar eficazmente los recursos para el tratamiento del riesgo.
- 1.9. Mejorar la eficacia y eficiencia operativa.
- 1.10. Mejorar el aprendizaje y la flexibilidad organizacional.

**2. MARCO LEGAL**

NORMA	CONTENIDO
Ley 87 de 1993	Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones. (Modificada parcialmente por la Ley 1474 de 2011). Artículo 2 Objetivos del control interno: literal a). Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan. Literal f). Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos.
Ley 489 de 1998	Estatuto Básico de Organización y Funcionamiento de la Administración Pública. Capítulo VI. Sistema Nacional de Control Interno.
Decreto 2145 de 1999	Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones. (Modificado parcialmente por el Decreto 2593 del 2000 y por el Art. 8º. de la ley 1474 de 2011)
Directiva presidencial 09 de 1999	Lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción.
Decreto 2593 del 2000	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2145 de noviembre 4 de 1999.



Decreto 1537 de 2001	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado. El párrafo del Artículo 4º señala los objetivos del sistema de control interno (...) define y aplica medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones (...) y en su Artículo 3º establece el rol que deben desempeñar las oficinas de control interno (...) que se enmarca en cinco tópicos (...) valoración de riesgos. Así mismo establece en su Artículo 4º la administración de riesgos, como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas
Decreto 943 de 2014	Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)
DECRETO 1499 DE 2017	Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 Que el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país", integró en un solo Sistema de Gestión los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad, previstos en las Leyes 489 de 1998 y 872 de 2003, respectivamente, el cual deberá articularse con el Sistema de Control Interno consagrado en la Ley 87 de 1993 y en los artículos 27 al 29 de la Ley 489 de 1998.

**Ley 1474 de
2011****Estatuto Anticorrupción. Artículo 73. “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano” que deben elaborar anualmente todas las entidades, incluyendo el mapa de riesgos de corrupción, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias antitrámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.**

Clases de Riesgos

Riesgo Estratégico: Se asocia con la forma en que se administra la Entidad. El manejo del riesgo estratégico se enfoca a asuntos globales relacionados con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la clara definición de políticas, diseño y conceptualización de la entidad por parte de la alta gerencia.

Riesgos de Imagen: Están relacionados con la percepción y la confianza por parte de la ciudadanía hacia la institución.

Riesgos Operativos: Comprenden riesgos provenientes del funcionamiento y operatividad de los sistemas de información institucional, de la definición de los procesos, de la estructura de la entidad, de la articulación entre dependencias

Riesgos Financieros: Se relacionan con el manejo de los recursos de la entidad que incluyen: la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes.

Riesgos de Cumplimiento: Se asocian con la capacidad de la entidad para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad.

Riesgos de Tecnología: Están relacionados con la capacidad tecnológica de la Entidad para satisfacer sus necesidades actuales y futuras y el cumplimiento de la misión.

¿Qué significa gestionar el Riesgo?


En términos generales la gestión del riesgo se refiere a los principios y metodología para la gestión eficaz del riesgo, mientras que gestionar el riesgo se refiere a la aplicación de estos principios y metodología a riesgos particulares.



La administración del Riesgo comprende el conjunto de Elementos de Control y sus interrelaciones, para que la institución evalúe e intervenga aquellos eventos, tanto internos como externos, que puedan afectar de manera positiva o negativa el logro de sus objetivos institucionales. La administración del riesgo contribuye a que la entidad consolide su Sistema de Control Interno y a que se genere una cultura de Autocontrol y autoevaluación al interior de la misma.

Para el desarrollo del Mapa de Riesgo se tuvo en cuenta:

- La planeación estratégica (misión, visión, establecimiento de objetivos, metas).
- El campo de aplicación (procesos, proyectos, unidades de negocio, sistemas de información).
- El Componente Ambiente de Control y todos sus elementos (Acuerdos, compromisos y protocolos éticos, las políticas de desarrollo del Talento Humano y el estilo de Dirección).
- La identificación de eventos (internos y externos) y de los resultados generados por el componente Direccionamiento Estratégico y sus elementos de control (Planes y Programas, Modelo de Operación y Estructura Organizacional).
- El elemento “Controles” del Subsistema de Control de Gestión al momento de realizar la valoración de los riesgos (identificación, medición y priorización) y la formulación de la política (para evitar, aceptar, reducir y transferir el riesgo).

	ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA	Código: CI-MR-01
	Control Interno	Versión: 1.0
	Mapa de Riesgos	Fecha de Aprobación 01/12/2017

3. METODOLOGÍA

La ESE Hospital San José de La Palma, en desarrollo de lo establecido en la guía metodológica para la implementación del MECI, inició a través del Asesor del MECI el proceso de implementación del Mapa de Riesgos, en el cual se contó con la participación de las diferentes procesos de apoyo, misional y estratégico que conforman la institución, quienes facilitaron el suministro de la información pertinente para el tema.

Las entidades de la administración pública deben darle cumplimiento a su misión constitucional y legal, a través de sus objetivos institucionales, los cuales se desarrollan a partir del diseño y ejecución de los diferentes planes, programas y proyectos. El cumplimiento de dichos objetivos puede verse afectado por factores tanto internos como externos que crean riesgos frente a todas sus actividades, razón por la cual se hace necesario contar con acciones tendientes a administrarlos.

El adecuado manejo de los riesgos favorece el desarrollo y crecimiento de la entidad, con el fin de asegurar dicho manejo es importante que se establezca el entorno y ambiente organizacional de la entidad, la identificación, análisis, valoración y definición de las alternativas de acciones de mitigación de los riesgos, esto en desarrollo de los siguientes elementos:

- Contexto estratégico
- Identificación de riesgos
- Análisis de riesgos
- Valoración de riesgos
- Políticas de administración de riesgos



Procesos para la administración del riesgo





¿Qué es el contexto estratégico?

Son las condiciones internas y del entorno, que pueden generar eventos que originan oportunidades o afectan negativamente el cumplimiento de la misión y objetivos de una institución.

Las situaciones del entorno o externas pueden ser de carácter social, cultural, económico, tecnológico, político y legal, bien sean internacional, nacional o regional según sea el caso de análisis.

Las situaciones internas están relacionadas con la estructura, cultura organizacional, el modelo de operación, el cumplimiento de los planes y programas, los sistemas de información, los procesos y procedimientos.

¿Cómo se identifica el Riesgo?

La identificación del riesgo se realiza determinando las causas, con base en los factores internos y/o externos analizados para la entidad, y que pueden afectar el logro de los objetivos.

Una manera para que todos los servidores de la entidad conozcan y visualicen los riesgos es a través de la utilización del formato de identificación de riesgos el cual permite hacer un inventario de los mismos, definiendo en primera instancia las causas con base en los factores de riesgo internos y externos (contexto estratégico), presentando una descripción de cada uno de estos y finalmente definiendo los posibles efectos (Consecuencias).

Es importante centrarse en los riesgos más significativos para la entidad relacionados con los objetivos de los procesos y los objetivos institucionales. Es allí donde, al igual que todos los servidores, la gerencia pública adopta un papel proactivo en el sentido de visualizar en sus contextos estratégicos y misionales los factores o causas que pueden afectar el curso institucional, dada la especialidad temática que manejan en cada sector o contexto socioeconómico.

Entender la importancia del manejo del riesgo implica conocer con más detalle los siguientes conceptos:

Proceso: Nombre del proceso.

Objetivo del proceso: Se debe transcribir el objetivo que se ha definido para el proceso al cual se le están identificando los riesgos.



Riesgo: Representa la posibilidad de ocurrencia de un evento que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la entidad y afectar el logro de sus objetivos.

Causas (factores internos o externos): Son los medios, las circunstancias y agentes generadores de riesgo. Los agentes generadores que se entienden como todos los sujetos u objetos que tienen la capacidad de originar un riesgo.

Descripción: Se refiere a las características generales o las formas en que se observa o manifiesta el riesgo identificado.

Efectos: Constituyen las consecuencias de la ocurrencia del riesgo sobre los objetivos de la entidad; generalmente se dan sobre las personas o los bienes materiales o inmateriales con incidencias importantes tales como daños físicos y fallecimiento, sanciones, pérdidas económicas, de información, de bienes, de imagen, de credibilidad y de confianza, interrupción del servicio y daño ambiental.

¿Cómo se analiza el Riesgo?

El análisis del riesgo busca establecer la probabilidad de ocurrencia del mismo y sus consecuencias, este último aspecto puede orientar la clasificación del riesgo, con el fin de obtener información para establecer el nivel de riesgo y las acciones que se van a implementar.

El análisis del riesgo depende de la información obtenida en la fase de identificación de riesgos.

Pasos claves en el análisis de riesgos

Determinar probabilidad
Determinar consecuencias
Clasificación del riesgo
Estimar el nivel del riesgo

Se han establecido dos aspectos a tener en cuenta en el análisis de los riesgos identificados: Probabilidad e Impacto.

Por *probabilidad* se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo; esta puede ser medida con criterios de frecuencia, si se ha materializado (por ejemplo: número de veces en un tiempo



determinado), o de Factibilidad teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, aunque este no se haya materializado.

Por *Impacto* se entienden las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

Para adelantar el análisis del riesgo se deben considerar los siguientes aspectos: Calificación del riesgo y evaluación del riesgo.

Calificación del riesgo: se logra a través de la estimación de la probabilidad de su ocurrencia y el impacto que puede causar la materialización del riesgo.

Bajo el criterio de Probabilidad: el riesgo se debe medir a partir de las siguientes especificaciones


TABLA DE PROBABILIDAD

NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
1	Raro	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales.	No se ha presentado en los últimos 5 años.
2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento	Al menos de una vez en los últimos 5 años.
3	Posible	El evento podría ocurrir en algún momento	Al menos de una vez en los últimos 2 años.
4	Probable	El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias	Al menos de una vez en el último año.
5	Casi seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Más de una vez al año.

Bajo el criterio de impacto, el riesgo se debe medir a partir de las siguientes especificaciones:

TABLA DE IMPACTO

NIVEL	DESCRIPTOR	DESCRIPCIÓN
1	Insignificante	Si el hecho llegara a presentarse, tendría consecuencias o efectos mínimos sobre la entidad.
2	Menor	Si el hecho llegara a presentarse, tendría bajo impacto o Efecto sobre la entidad.
3	Moderado	Si el hecho llegara a presentarse, tendría medianas Consecuencias o efectos sobre la entidad.

	ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA		Código: CI-MR-01
	Control Interno		Versión: 1.0
	Mapa de Riesgos		Fecha de Aprobación 01/12/2017

4	Mayor	Si el hecho llegara a presentarse, tendría altas consecuencias o efectos sobre la entidad
5	Catastrófico	Si el hecho llegara a presentarse, tendría desastrosas Consecuencias o efectos sobre la entidad.

¿Cómo se valora el riesgo?

La valoración del riesgo es el producto de confrontar los resultados de la evaluación del riesgo con los controles identificados, esto se hace con el objetivo de establecer prioridades para su manejo y para la fijación de políticas. Para adelantar esta etapa se hace necesario tener claridad sobre los puntos de control existentes en los diferentes procesos, los cuales permiten obtener información para efectos de tomar decisiones.

Acciones fundamentales para valorar el riesgo:

Identificar controles existentes
 Verificar efectividad de los controles
 Establecer prioridades de tratamiento

Para realizar la valoración de los controles existentes es necesario recordar que estos se clasifican en:

Preventivos: aquellos que actúan para eliminar las causas del riesgo para prevenir su ocurrencia o materialización.
Correctivos: aquellos que permiten el restablecimiento de la actividad, después de ser detectado un evento no deseable; también la modificación de las acciones que propiciaron su ocurrencia.

El procedimiento para la valoración del riesgo parte de la evaluación de los controles existentes, lo cual implica:

- a) Describirlos (estableciendo si son preventivos o correctivos).



- b) Revisarlos para determinar si los controles están documentados, si se están aplicando en la actualidad y si han sido efectivos para minimizar el riesgo.
- c) Es importante que la valoración de los controles incluya un análisis de tipo cuantitativo, que permita saber con exactitud cuántas posiciones dentro de la Matriz de Calificación, Evaluación y Respuesta a los Riesgos es posible desplazarse, a fin de bajar el nivel de riesgo al que está expuesto el proceso analizado.

¿Cómo se valoran los controles?

A continuación se muestran dos cuadros orientadores para ponderar de manera objetiva los controles y poder determinar el desplazamiento dentro de la Matriz de Calificación,

RIESGO No.	NOMBRE DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN (Control al riesgo)	VALORACION DE CONTROLES											CONTROL DEL RIESGO	CONTROL DEL PROCESO
			HERRAMIENTAS PARA EJERCER CONTROL			SEGUIMIENTO AL CONTROL		CALIFICACIÓN DEL ESTADO					CALIFICACIÓN DEL CONTROL		
			HERRAMIENTAS	MANUALES O PROCEDIMIENTOS	SON EFECTIVOS	HAY RESPONSABLES	ES ADECUADO								
R1	Consumo de bebidas o alimentos no autorizados en la dieta.	Seguimiento en la utilización de los formatos de dieta.	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	100	
R2	Contaminación de alimentos	Seguimientos al control de alimentos en almacenamiento y los procesos de los mismos.	si	si	si	si	si	15	15	30	15	25	100	100	100
		Seguimiento al personal en manipulación de alimentos.	si	si	si	si	si	15	15	30	15	25	100		

RANGOS DE CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES

Entre 0-50

Entre 51-75

Entre 76-100

DEPENDIENDO SI EL CONTROL AFECTA PROBABILIDAD O IMPACTO DESPLAZA EN LA MATRIZ DE CALIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y RESPUESTA A LOS RIESGOS

CUADRANTES A DISMINUIR EN LA PROBABILIDAD	CUADRANTES A DISMINUIR EN EL IMPACTO
0	0
1	1
2	2

El resultado obtenido a través de la valoración del riesgo es denominado también tratamiento del riesgo, ya que se “involucra la selección de una o más opciones para modificar los riesgos y la implementación de tales acciones”, así el desplazamiento dentro de la Matriz de Evaluación y Calificación determinará finalmente la selección de la opción de tratamiento del riesgo, así:



Evitar el riesgo, tomar las medidas encaminadas a prevenir su materialización.

Es siempre la primera alternativa a considerar, se logra cuando al interior de los procesos se genera cambios sustanciales por mejoramiento, rediseño o eliminación, resultado de unos adecuados controles y acciones emprendidas.

Por ejemplo: el control de calidad, manejo de los insumos, mantenimiento preventivo de los equipos, desarrollo tecnológico, etc.

Reducir el riesgo, implica tomar medidas encaminadas a disminuir tanto la probabilidad (medidas de prevención), como el impacto (medidas de protección). La reducción del riesgo es probablemente el método más sencillo y económico para superar las debilidades antes de aplicar medidas más costosas y difíciles. Por ejemplo: a través de la optimización de los procedimientos y la implementación de controles.

Compartir o transferir el riesgo, reduce su efecto a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones, como en el caso de los contratos de seguros o a través de otros medios que permiten distribuir una porción del riesgo con otra entidad, como en los contratos a riesgo compartido. Por ejemplo, la información de gran importancia se puede duplicar y almacenar en un lugar distante y de ubicación segura, en vez de dejarla concentrada en un solo lugar, la tercerización.

Asumir un riesgo, luego de que el riesgo ha sido reducido o transferido puede quedar un riesgo residual que se mantiene, en este caso, el gerente del proceso simplemente acepta la pérdida residual probable y elabora planes de contingencia para su manejo.

Una vez implantadas las acciones para el manejo de los riesgos, la valoración después de controles se denomina riesgo residual, este se define como aquel que permanece después que la dirección desarrolle sus respuestas a los riesgos.

Elaboración del mapa de riesgos

El mapa de riesgos es una representación final de la probabilidad e impacto de uno o más riesgos frente a un proceso, proyecto o programa.

Un mapa de riesgos puede adoptar la forma de un cuadro resumen que muestre cada uno de los pasos llevados a cabo para su levantamiento como se sugiere a continuación:



Se debe tener en cuenta:

- **Mapa de Riesgos Institucional:** Contiene a nivel estratégico los mayores riesgos a los cuales está expuesta la entidad, permitiendo conocer las políticas inmediatas de respuesta ante ellos.
- **Mapa de Riesgos por Proceso:** Facilita la elaboración del mapa institucional, que se alimenta de estos, teniendo en cuenta que solamente se trasladan al institucional aquellos riesgos que permanecieron en las zonas más altas de riesgo y que afectan el cumplimiento de la misión institucional y objetivos de la entidad.

Políticas de administración del riesgo

Se adopto por medio de la Resolución **163 del 19/07/2017**.

Mapa de riesgo

Riesgos identificados dentro de los procesos de la Institución.

ÁREA O DEPARTAMENTO	Proceso	Riesgo
SERVICIOS GENERALES	PREPARACIÓN Y ENTREGA DE ALIMENTOS	Consumo de bebidas o alimentos no autorizados en la dieta.
		Contaminación de alimentos
ALMACÉN	RECEPCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE BIENES DEVOLUTIVOS Y DE CONSUMO	Recibir productos defectuosos, incompletos o vencidos
		Descontrol en el inventario de la institución.



SERVICIOS GENERALES	ASEO	Infectarse con elementos infectocontagiosos que no depositan en la caneca correspondiente.
AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	PROCEDIMIENTO DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES	Convertir la glosa inicial en definitiva.
	PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIONES	No llevar a cabo la conciliación programada.
FACTURACIÓN	PROCESO DE FACTURACIÓN	Perdida de información documentos soportes o dineros de la facturación.
		Admisión incorrecta al sistema CITISALUD para facturar el usuario que ingresan por urgencias fines de semana y de noche.
		Falla en el sistema o servidor.
PORTERIA	PROCESO PORTERÍA	Ingreso de bebidas o alimentos no autorizados para los pacientes de hospitalización.
		Perdida de elementos, artículos, equipos o dineros de la institución
GESTIÓN PRESUPUESTAL	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	Baja oportunidad en generar el CDP
	EJECUCIÓN INFORMES	Entrega de informes extemporáneos.
		Elaboración de informe sobredimensionado o subestimado.
Consulta Externa	Atención por Medicina General	Insatisfacción de los usuarios
		Usuarios sin atención medica




		Desviación en la pertinencia de la consulta.
Gestión para la atención Hospitalaria	HOSPITALIZACIÓN	Generación de enfermedades en personas no involucradas en el área de hospitalización
		Inoportunidad en la atención en el servicio de hospitalización.
		Atención y seguimiento inoportuno por parte del personal de salud.
Laboratorio	ANALISIS DE MUESTRA DE CONSUTA EXTERNA	Baja oportunidad en la entrega de resultados.
	ANALISIS DE MUESTRA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	Reportar resultados erróneos
Odontología	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	Falta de oportunidad en atención por odontología
Preconsulta	Atención precunsulta	Toma incorrecta de la tensión arterial.
		Usuario insatisfecho.
Radiología e Imágenes Diagnosticas	Toma de Imágenes Diagnosticas	Fallas en los equipos biomédicos utilizados para la realización de procedimientos y estudios diagnósticos.
SIAU	Procedimiento SIAU	Alteración en el resultado real de los PQRS.
		Inoportunidad en la respuesta a las quejas por parte de las áreas implicadas



Vacunación	Consulta Externa por Vacunación	Efectos adversos, shock anafiláctico.
------------	---------------------------------	---------------------------------------

MAPA DE RIESGOS

		HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA						Código: 000000					
		PREPARACIÓN Y ENTREGA DE ALIMENTOS						Versión: 1.0					
		MAPA DE RIESGOS						Fecha: 1 dic 2017					
MAPA DE RIESGOS													
OBJETIVO		Distribuir oportuna y correctamente los alimentos en los servicios de hospitalización y urgencias según la prescripción médica de cada paciente.		PROCESO			GESTIÓN ALIMENTOS						
INDENTIFICACIÓN				RIESGO			RIESGO			ACCIONES	REGISTRO	Indicador	
No de Riesgo	Riesgo	Causa	Consecuencia	Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo	CONTROLES	Probabilidad	Impacto				Nivel riesgo
R1	Consumo de bebidas o alimentos no autorizados en la dieta.	Entregar alimento con dieta diferente a la que recomienda el nutricionista o medico.	Descompensacion del paciente. Prolongacion de la estancia del paciente. necesidad de remision sin requerimiento al ingreso.	2	3	ZONA RIESGO MODERADA	Diligenciar el formato de dieta de alimentos	1	2	ZONA RIESGO BAJA	Dar cumplimiento con el formato de dietas	Formato de dieta al paciente (por actualizar)	Numero de pacientes hospitalizados en el mes/numero de formatos diligenciados
R2	Contaminación de alimentos	Indecuada manipulación de alimentos y no llevar controles de vencimiento.	Intoxicaciones alimentarias. Morbilidad y Mortalidad.	2	4	ZONA RIESGO ALTA	Seguimiento a las buenas practicas de manufactura que garantice la correcta manipulación de los alimentos, el estado en que se encuentra los alimentos y condiciones de almacenamiento.Monitorio diario de la temperatura de los congeladores	1	3	ZONA RIESGO MODERADA	Inspección periodica de lo alimentos almacenados.	Ficha de control de alimentos (por crear)	Numero de fichas de control de alimentos diligenciadas en el mes



HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA		Código: 000000											
PROCESO DE ALMACEN		Versión: 1.0											
MAPA DE RIESGOS		Fecha: 1 dic 2017											
MAPA DE RIESGOS													
OBJETIVO		Efectuar el ingreso físico de los elementos devolutivos y de consumos adquiridos por la ESE Hospital San José de la Palma por compra, comodato y donación.		PROCESO			ALMACEN						
INDENIFICACIÓN				RIESGO			RIESGO			ACCIONES		REGISTRO	Indicador
No de Riesgo	Riesgo	Causa	Consecuencia	Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo	CONTROLES	Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo	ACCIONES	REGISTRO	Indicador
R1	Recibir y/o entregar productos defectuosos, incompletos o vencidos	No verificación de los artículos en el momento de recibirlos. Los proveedores entregan mercancía incompleta con respecto a la factura recibida. La falta de factura para dar salida al artículo.	Entrega de elementos medicoquirurgicos vencidos. Retraso en las actividades de los otros procesos de la institución. Pérdida de dinero por no devoluciones.	4	2	ZONA RIESGO ALTA	Control al ingreso de los productos al almacén mediante formato correspondiente. Imprimir listado del citisalud saldos a la fecha y verificar con los productos en físico el estado en samaforzación y cantidades.	4	2	ZONA RIESGO BAJA	Realizar control de ingreso de productos. Firmar factura solamente de los productos recibidos.	Formato lista de chequeo	No de artículos que ingresan al almacén/numero formatos diligenciados de lista de chequeo.
R2	Descontrol en el inventario de la institución.	La falta de factura para dar salida al artículo. Lo diferentes funcionarios de la institución realizan cambio de artículos entre departamentos sin informar al almacén. Falta de un inventario actualizado. Programa o software de inventario (ELISA) defectuoso. Equipo de computo obsoletos. Falta de capacitación al programa ELISA.	Baja oportunidad en el ingreso y salida al sistema ELISA de los artículos recibidos. Retraso de actividades en los departamentos de la institución. Descontrol en el inventario por no ingreso de los productos al sistema, pero si entrega de ellos a los departamentos que soliciten.	5	2	ZONA RIESGO ALTA	Imprimir el inventario actual y realizar verificación del mismo frente al activo en físico para su correcta actualización trimestramente. Elaboración de inventario anual de activos fijo muebles e inmuebles de la institución	3	2	ZONA RIESGO MODERADA	Trimestralmente realiza verificación y actualización del inventario institucional.	Inventario institucional. Factura de mercancía recibida.	Facturas recibidas/artículos recibidos.

HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA		Código: 000000											
PROCEDIMIENTO ASEO		Versión: 1.0											
MAPA DE RIESGOS		Fecha: 1 dic 2017											
MAPA DE RIESGOS													
OBJETIVO		Mantener las instalaciones de las institución organizadas y aseadas		PROCESO			Servicios Generales						
INDENIFICACIÓN				RIESGO			RIESGO			ACCIONES		REGISTRO	Indicador
No de Riesgo	Riesgo	Causa	Consecuencia	Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo	CONTROLES	Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo	ACCIONES	REGISTRO	Indicador
R1	Infectarse con elementos infectocontagiosos que no depositan en las caneca correspondientes.	Falta de capacitación en descarte de elementos infectocontagiosos. Inexistencia de procesos de recolección de residuos infectocontagiosos. Falta de capacitaciones y procesos establecidos en desecho de residuos infectocontagiosos. Falta de elementos de seguridad.	Accidente laboral Disminución en la oportunidad de desarrollo de las actividades diarias por falta de personal. Demandas a la institución	5	3	ZONA RIESGO EXTREMA	Capacitación al personal en PGRHDiligenciar formato de hallazgos de posibles materialización de riesgoSeguimiento a eventos que puedan generar la materialización del riesgo.	5	3	ZONA RIESGO EXTREMA	Capacitación al personal en desechos de elementos infectocontagiosos. Elaborar, socializar e implementar herramienta que nos permita evidenciar eventos que pueda generar la materialización del riesgo.	Formato de eventos posible materialización del riesgo	Numero de eventos encontrados en el mes.



ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA

Código: CI-MR-01

Control Interno

Versión: 1.0

Mapa de Riesgos

Fecha de Aprobación
01/12/2017

HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA		Código: 00000											
AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS		Versión: 1.0											
MAPA DE RIESGOS		Fecha: 1 dic 2017											
MAPA DE RIESGOS													
OBJETIVO		verificar que lo facturado corresponda a las actividades realizadas en los servicios de salud en tarifa, cantidad, pertinencia y soportes.		PROCESO			AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS						
INDENTIFICACION				RIESGO			RIESGO						
No de Riesgo	Riesgo	Causa	Consecuencia	Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo	CONTROLES	Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo	ACCIONES	REGISTRO	Indicador
R1	Convertir la glosa inicial en definitiva.	Falta de soportes para subsanar glosas. Procedimientos no pertinentes.	Disminución de ingresos. Pago de nomina fuera de tiempo. Clima laboral afectado negativamente.	5	1	ZONA RIESGO ALTA	Seguimiento a las auditoria internas realizadas al personal asistencial de urgencias y hospitalización Seguimiento a actas de capacitaciones	4	1	ZONA RIESGO MODERADA	Capacitar al personal de facturación respecto a los soportes indicados anexos a la factura. Dar seguimiento al personal asistencial respecto a los registros completos y pertinentes en la historias clínicas.	Actas de capacitaciones. Actas de auditorias internas.	Numero de capacitaciones programadas en el trimestre/numero de capacitaciones realizadas en el trimestre.
R2	No llevar a cabo la conciliación programada.	Incumplimiento de citas por alguna de las partes	Oportunidad en la depuración de cartera con la EAPB programada.	1	1	ZONA RIESGO BAJA	Seguimiento al cumplimiento de citas con la EAPB según cronograma	1	1	ZONA RIESGO BAJA	Seguimiento al cumplimiento del cronograma de citas con las EAPB	Actas de reunión con auditor de la EAPB	Numero de reuniones programadas/numero de reuniones realizadas.



ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA

Código: CI-MR-01

Control Interno

Versión: 1.0

Mapa de Riesgos

Fecha de Aprobación
01/12/2017

HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA		Código: 00000												
PROCESO DE FACTURACIÓN		Versión: 1.0												
MAPA DE RIESGOS		Fecha: 1 dic 2017												
MAPA DE RIESGOS														
OBJETIVO		Registrar, revisar, cobrar, oportunamente en el software los servicios solicitados por los usuarios.												
PROCESO		Facturación												
INDENIFICACIÓN				RIESGO INHERENTE			RIESGO RESIDUAL			ACCIONES		REGISTRO		
No de Riesgo	Riesgo	Causa	Consecuencia	Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo	CONTROLES			Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo	ACCIONES	REGISTRO
R1	Perdida de información documentos soportes o dineros de la facturación.	Falta de seguridad en el área de facturación. No existe un sistema o proceso que guardes palde la información.	Perdida de ingresos institucionales. No radicación a tiempo de cuentas por cobrar a las EAPB, cuentas incompletas. Información faltante para la elaboración de informes o reportes. Reporte de informes extra temporáneos	5	1	ZONA RIESGO ALTA	Realizar proceso de backaut mensualmenteProhibir el ingreso de personal no autorizado al área de facturación			4	3	ZONA RIESGO ALTA	Mantener la puerta cerrada del area de facturación, solo permitir el ingreso a personal autorizado. Realizar backaut de infomación mensualmente.	Hoja de mantenimientos preventivos (por crear)
R2	Admisión incorrecta al sistema CITISALUD para facturar los usuario que ingresan por urgencias fines de semana y de noche.	Falta de un proceso establecido en el área de urgencias para la recepción de los copagos por servicios prestados en las horas nocturnas y fines de semana (sábados, domingos y festivos)	Generación glosa Disminución de los ingresos por servicios prestados. Retraso en el proceso de facturación.	5	1	ZONA RIESGO ALTA	Capacitar al personal que se encuentra en el área de urgencias para que realice una adecuado ingreso del paciente al sistema CITISALUD.			4	1	ZONA RIESGO ALTA	Todos los lunes el personal de facturación, facturan los usuarios que ingresaron por urgencias el fin de semana. De igual forma lo realizan todos los dias.	citisalud, politica de seguridad.
R3	Falla en el sistema o servidor.	Fallas en el fluido eléctrico	Retraso en la elaboración de las historias clínicas de los servicios prestados por medio del sistema CITISALUD. Retraso en el proceso de facturación. Perdida de información	4	4	ZONA RIESGO EXTREMA	Realizar la historia clinica de los servicios prestados en fisico, inmediatamente cuando el servidor se restablezca, los responsables de cada área suben lo descrito en las historias clinicas fisicas de los servicios prestados al sistema y facturar.Solicitar realización de BACKUP periódicamente en todos los procesos			4	1	ZONA RIESGO MODERADA	Realizar la historia clinica de los servicios prestados en fisico, cuando el servidor se restablezca, los responsables de cada área suban los servicios prestados al sistema y facturar.	Soporte de capacitación

HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA		Código: 00000													
PROCESO DE PORTERIA		Versión: 1.0													
MAPA DE RIESGOS		Fecha: 1 dic 2017													
MAPA DE RIESGOS															
OBJETIVO		Velar por que no ingresen personal no autorizados a las instalaciones de la institución y lo lementos de la institución se encuentren a salvo de personal ageno a ellas.													
PROCESO		GESTIÓN PORTERIA													
INDENIFICACIÓN				RIESGO			RIESGO			ACCIONES		REGISTRO	Indicador		
No de Riesgo	Riesgo	Causa	Consecuencia	Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo	CONTROLES			Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo	ACCIONES	REGISTRO	Indicador
R1	Ingreso de bebidas o alimentos no autorizados para los pacientes de hospitalización.	Ingreso de personal no autorizado a diferentes áreas de la institución o sin requisa.	Protongación de la hospitalización del paciente. Interfiere con la evolución del paciente. Que los pacientes consuman bebidas u alimentos no autorizados en la dieta. Mortalidad de pacientes.	5	4	ZONA RIESGO EXTREMA	Control de ingreso de elementos ylo bebidas no autorizadas al área de hospitalización.Elaboración de carnet para visitantes y funcionarios.			5	4	ZONA RIESGO EXTREMA	Requizar al personal que ingresen a visita de pacientes. Carnetización del personal: usuarios, visitantes y funcionarios.	Planilla ingreso de persona.	
R2	Perdida de elementos, artículos, equipos o dineros de la institución.	Entrada de personal no autorizado a diferentes áreas de la institución	Minimiza la oportunidad de brindar los exámenes necesarios a los usuarios por hurto de equipos médicos, Minimiza la oportunidad de desarrollar las actividades administrativas.	4	4	ZONA RIESGO ALTA	Registrar en la minuta a personas que ingresan a la institución. Solo a las personas que se dirigen de urgencias hacia adentro.Orientar al personal que entra ala institución. Ronda en los turnos de la noche cada dos horas.			4	4	ZONA RIESGO ALTA	Controlar y orientar el ingreso del personal que ingresa a la institución Carnetizar al personal interno de la leinstitución y a visitantes.	Planilla ingreso de persona.	



ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA

Código: CI-MR-01

Control Interno

Versión: 1.0

Mapa de Riesgos

Fecha de Aprobación
01/12/2017

HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA		Código: 00000										
PROCESO DE PRESUPUESTO		Versión: 1.0										
MAPA DE RIESGOS		Fecha: 1 dic 2017										
MAPA DE RIESGOS												
OBJETIVO		PROCESO		PRESUPUESTO								
1. Certificar la existencia de recursos presupuestales para cubrir las necesidades que demanda la institución, 2. Imputar presupuestalmente la obligación afectando el compromiso que se este se originando.												
INDENIFICACIÓN				RIESGO INHERENTE		RIESGO RESIDUAL		ACCIONES	REGISTRO			
No de Riesgo	Riesgo	Causa	Consecuencia	Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo	CONTOLES			Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo
R1	Baja oportunidad en generar el CDP	Problemas en el software y hardware. Problemas en el fluido eléctrico.	Interrupción en los procesos financieros de la institución. No deja generar los CDP. No poder generar el RP. Pérdida de información	4	2	ZONA RIESGO ALTA	Realizar backout periódicamente Registro o lista de problemas encontrados en el sistema citisalud para ser entregados al area de sistemas.	4	2	ZONA RIESGO MODERADA	Existencia de UPS de respaldo en energia. Mantenimiento preventivos en los equipos de computo y en el servidor. Actualización del programa citisalud. Backout periodicamente	Cronograma de mantenimientos realizados
R2	Entrega de informes extemporáneos.	Demora en entrega de información por parte de otras dependencias de la institución.	Sanciones por entes de control.	3	2	ZONA RIESGO MODERADA	Seguimiento al cronograma de informes.	3	2	ZONA RIESGO ALTA	Relizar seguimiento al cronograma de informes. Realizar acto administrativo donde se indique a los funcionarios que se debe dejar soporte de entrega de informe, generado por el ente de control correspondiente.	Cronograma de informes anual. Acto administrativo

HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA		Código: 00000											
PROCESO DE FISIOTERAPIA		Versión: 1.0											
MAPA DE RIESGOS		Fecha: 1 dic 2017											
MAPA DE RIESGOS													
OBJETIVO		PROCESO		FISIOTERAPIA									
Prevenir y corregir deficiencias del sistema osteomusculares y/o neuromusculares para mejorar la calidad de vida de la comunidad mitigando sus limitaciones en actividades de la vida diaria y no restringiéndolo en la participación social.													
INDENIFICACIÓN				RIESGO		RIESGO		ACCIONES	REGISTRO	Indicador			
No de Riesgo	Riesgo	Causa	Consecuencia	Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo	CONTOLES				Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo
R1	PQRS por parte de los usuario	Pérdida de objetos de valor. Accidente en área de fisioterapia	Demanda legal Movilidad distinta a la patología valorada Accidente laboral	5	2	ZONA RIESGO ALTA	Seguimiento condiciones y elementos de bioseguridad Seguimiento a mantenimiento de utensilios y equipos biomédicos	2	1	ZONA RIESGO BAJA	Llevar control por medio de lista de chequeo, para verificación de las condiciones de los elementos del area de fisioterapia bimestral.	Lista de chequeo condiciones de elementos y equipos biomédicos	Numero de hallazgos bimestral



HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA		Código: 00000											
PROCESO DE LABORATORIO		Versión: 1.0											
MAPA DE RIESGOS		Fecha: 1 dic 2017											
MAPA DE RIESGOS													
OBJETIVO		Brindar un apoyo eficiente, de calidad y confiable al equipo medico de urgencias y hospitalización con el análisis de muestras biológicas a fin de coadyuvar al diagnostico y correcto manejo del paciente.			PROCESO		LABORATORIO						
INDENIFICACIÓN				RIESGO			RIESGO						
No de Riesgo	Riesgo	Causa	Consecuencia	Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo	CONTROLES	Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo	ACCIONES	REGISTRO	Indicador
R1	Baja oportunidad en la entrega de resultados.	Falta de insumos para el procesamiento de las muestras No realización de exámenes	Demoras en los procesos de laboratorio. Insatisfacción de los usuarios.	5	2	ZONA RIESGO ALTA	Seguimiento a solicitud de insumos y entrega de insumos. Seguimiento al kardex.	4	2	ZONA RIESGO ALTA	Se debe realizar una evaluación del stop de insumos que debe tener el laboratorio y solicitar a la administración. Tener en stop insumo de menor costo para realizar procedimientos manuales.	Formato solicitud de pedido y entrega de pedido. Kardex	Numero de insumos solicitados en el trimestre/numero de insumos entregados a laboratorio.
R2	Reportar resultados erróneos	Falta de mantenimiento preventivo y correctivo de los dos equipos automatizados	Tratamientos inadecuados para pacientes. Sanción por parte de control. Imagen institucional afectada negativamente.	4	1	ZONA RIESGO MODERADA	Seguimiento a los controles diarios de los equipos automatizados.	2	1	ZONA RIESGO BAJA	Realizar los controles pertinentes en los equipos automatizados, Cuando en los controles realizados genere resultados erróneos trabajar de forma manual e informar al area responsable.	Formato de seguimiento a mantenimiento de equipos automatizados. Hoja de vida equipos automatizados.	Numero por ejecutar/numero de mantenimientos realizados en el semestre



ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA

Código: CI-MR-01

Control Interno

Versión: 1.0

Mapa de Riesgos

Fecha de Aprobación
01/12/2017

OBJETIVO		Garantizar un acceso oportuno al servicio de consulta odontológica cumpliendo con lo requisitos de los clientes internos y externos				PROCESO	PROCESO DE ODONTOLOGÍA						
INDENIFICACIÓN		RIESGO				RIESGO			ACCIONES	REGISTRO	Indicador		
No de Riesgo	Riesgo	Causa	Consecuencia	Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo	CONTROLES	Probabilidad				Impacto	Nivel riesgo
R1	Falta de oportunidad en atención por odontología	Daño en equipos odontológicos (Lámpara de foto curado, pieza de mano, compresor, unidad) Falta de materiales odontológicos.	Aumento de PQRS negativos Baja de la oferta en la atención por consulta odontológica. Aumento de morbilidad. Aumento de carga operativa Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. Imagen institucional afectada negativamente.	5	3	ZONA RIESGO EXTREMA	Seguimiento a los mantenimientos preventivos de los equipos de odontología Verificación de los mantenimientos que se les realiza a los equipos Informe trimestral de gestión			ZONA RIESGO MODERADA	Mantenimiento preventivo y cuidados por parte del personal del servicio	Formato de mantenimientos realizados. Seguimiento a mantenimientos realizados. Informe de gestión	Numero de citas odontológica programadas/numero de citas atendidas. Numero de suministros solicitados/numero de suministros/recibidos. Numero de mantenimientos preventivos elaborados

OBJETIVO		Identificar al paciente priorizar según condiciones, valorar al paciente antes de su cita medica				PROCESO	PROCESO DE PRECONSULTA						
INDENIFICACIÓN		RIESGO				NUEVA VALORACIÓN			ACCIONES	REGISTRO	Indicador		
No de Riesgo	Riesgo	Causa	Consecuencia	Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo	CONTROLES	Probabilidad				Impacto	Nivel riesgo
R1	Toma incorrecta de la tensión arterial.	Daño en los equipos biomédicos.	Valoración incorrecta del paciente. Puede ser que sea una urgencia y no lo identifiquen a tiempo.	5	3	ZONA RIESGO EXTREMA	Seguimiento al plan de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos	3	2	ZONA RIESGO MODERADA	Seguimiento al plan de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos	Hojas de vida equipos biomédicos	No de equipos biomédicos/ No de equipos biomédicos con mantenimiento al día
R2	Usuario insatisfecho	Comportamiento agresivo del usuario. Filas de larga espera en sala de espera Personal medico llega tarde a consulta medica	Imagen corporativa afectada negativamente. Arroje saldos negativos en encuestas de satisfacción al usuario Aumento de PQRS negativos Deserción de usuario al servicio de consulta medica	5	2	ZONA RIESGO ALTA	Implementar herramienta de seguimiento de entrada a consulta externa del talento humano medicos Identificar posible cuello de botella en el proceso de consulta externa	3	2	ZONA RIESGO MODERADA	Implementar herramienta de seguimiento de entrada a consulta externa del talento humano medicos Identificar posible cuello de botella en el proceso de consulta externa	Formato de entrada a consulta externa	Horario de entrada/No de veces en los que firmaron el formato de entrada después de las 7 am.



ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA

Código: CI-MR-01

Control Interno

Versión: 1.0


Mapa de Riesgos

Fecha de Aprobación
01/12/2017

HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA		Código: 00000											
PROCESO DE RADIOLOGIA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS		Versión: 1.0											
MAPA DE RIESGOS		Fecha: 1 dic 2017											
MAPA DE RIESGOS													
OBJETIVO		Definir el procedimiento para garantizar el orden y toma de exámenes radiológicos que apoye la prestación del servicio misional de imagenología a los usuarios		PROCESO			PROCEDIIMIENTO TOMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS						
INDENIFICACIÓN				RIESGO			RIESGO						
No de Riesgo	Riesgo	Causa	Consecuencia	Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo	CONTROLES	Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo	ACCIONES	REGISTRO	Indicador
R1	Fallas en los equipos biomédicos utilizados para la realización de procedimientos y estudios diagnósticos.	Utilización inadecuada de los equipos por parte del personal encargado, para la realización de procedimientos y/o estudios diagnósticos.	Retraso en la toma de los estudios y/o procedimientos. Mala calidad de las placas e imágenes diagnósticas. Atenciones inseguras. Retardo en la entrega de resultados. Pérdidas financieras para la institución. Costos y pérdidas para los pacientes. Mala imagen de la Institución	2	2	ZONA RIESGO BAJA	Seguimiento a los mantenimientos preventivos. Verificación de los mantenimientos preventivos realizados.	1	1	ZONA RIESGO BAJA	Se deben realizar mantenimiento preventivo a los equipos biomédicos, se tiene hoja de vida donde evidencia los mantenimientos realizados.	Hoja de vida de los equipos biomédicos	No de equipos biomédicos/ numero de equipos biomédicos realizado mantenimiento preventivo según hoja de vida
R2	Errores en la solicitud de estudios y facturación de los mismos.	Errores humanos al momento de facturar el estudio y/o procedimiento. Orden médica solicitada y/o diligenciada incorrectamente o de manera incompleta.	Pérdida de tiempo para el personal de salud y para el paciente. Generación de reportes y decisiones inadecuadas. Glosas para la institución. Sobrecostos para el servicio	4	3	ZONA RIESGO ALTA	Matriz donde relaciones numero de estudios Repetidos por solicitud de estudio incorrecto mensual	4	1	ZONA RIESGO MODERADA	Capacitar al personal medico sobre pertinencia y adecuado solicitudes de estudios de imágenes diagnosticas.	Historia clínica	No de solicitudes de estudios (por estudio)/estudios realizados (por estudios)

HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA		Código: 00000											
PROCESO DE SIAU		Versión: 1.0											
MAPA DE RIESGOS		Fecha: 1 dic 2017											
MAPA DE RIESGOS													
OBJETIVO		Recolectar información en 5% a 10% de los usuarios atendidos en el día dentro de la ESE.		PROCESO			SIAU						
INDENIFICACIÓN				RIESGO			RIESGO						
No de Riesgo	Riesgo	Causa	Consecuencia	Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo	CONTROLES	Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo	ACCIONES	REGISTRO	Indicador
R1	Alteración en el resultado real de los PQRS.	No se cuenta con proceso y procedimientos para tramitar respuesta. Falta de compromiso de la coordinación SIAU, Incumplimiento de la normatividad Posibles riesgos jurídicos Imagen institucional se ve afectada de una forma negativa	Datos errados en los indicadores reportados No implementación de acciones de mejora adecuadas Implementación de acciones innecesarias. Demoras en la atención Reprocesos Insatisfacción del usuario y su familia No respuestas atendidas a las necesidades del usuario	5	3	ZONA RIESGO EXTREMA	Inform SIAU trimestral Seguimiento al procesos SIAU, por medio de auditorias.	2	1	ZONA RIESGO BAJA	Se debe implementar un manual de SIAU como guía para la ejecución de los procesos correctamente, acompañado del manual de procedimientos SIAU, realizar seguimiento para garantizar la correcta ejecución del proceso de SIAU. Realizar informes mensuales de los PQRS.	Encuestas de satisfacción mensuales, actas de apertura de buzón PQRS, Actas de comité de ética e informes mensuales.	Numero de encuestas de satisfacción por servicios realizadas en el mes/numero de usuarios atendidos en el mes por servicios.
R2	Inoportunidad en la respuesta a las quejas por parte de las áreas implicadas	Se cuenta con una encuesta de forma física, más no con una herramienta adecuada para validar la información, para la aplicación de las encuestas.	Falta de oportunidad en la implementación de acciones de mejora Sanciones por vencimiento de términos.	5	3	ZONA RIESGO EXTREMA	Dar seguimiento a las respuestas de PQRS	2	1	ZONA RIESGO BAJA	Se debe implementar el manual SIAU, manual de procedimientos y control sobre la ejecución de los procesos de SIAU, para esto es necesario herramientas como buzón de sugerencias en todos los servicios y oficina SIAU.	Actas de apertura de buzón de PQRS con su numero de radicados, Soporte de respuesta a PQRS.	Numero de PQRS recibidos en el mes/numero de PQRS contestado en el mes.



	HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA						Código: 0000								
	PROCESO DE VACUNACIÓN						Versión: 1.0								
	MAPA DE RIESGOS						Fecha: 1 dic 2017								
MAPA DE RIESGOS															
OBJETIVO		Erradicar, eliminar y controlar las enfermedades prevenibles por vacunación contempladas del esquema del PAI (Programa Ampliado de Inmunización) con el fin de interrumpir las cadenas de transmisión. Disminuyendo las tasas de mortalidad y morbilidad, prioritariamente en la población objeto del PAI.				PROCESO	PROCESO DE VACUNACIÓN								
INDENTIFICACIÓN				RIESGO			RIESGO			ACCIONES	REGISTRO	Indicador			
No de Riesgo	Riesgo	Causa	Consecuencia	Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo	CONTROLES			Probabilidad	Impacto	Nivel riesgo			
R1	Efectos adversos, shock anafiláctico	Aplicación de biológico incorrecto. Aplicación de biológicos vencidos Pérdida de la cadena de frío.	Generación de mortalidad y/o morbilidad. Investigaciones penales, fiscales y disciplinarias. Sanciones o multas	1	4	ZONA RIESGO ALTA	Seguimiento a formato de temperatura Seguimiento a formato de revisión de fechas de vencimiento			1	1	ZONA RIESGO BAJA	Realizar las revisiones periódicas de fechas de vencimiento, control diario de día y en la tarde de la temperatura de los congeladores.	Registro de temperatura de refrigeración en físico y Excel, y KARDEX	Números de días en el mes / número de registros de temperatura de refrigerador diligenciado. Número de días en el mes/número de días diligenciado el KARDEX.

Para la administración del riesgo debe manejar:

NIVELES DE RESPONSABILIDAD

La definición de políticas de administración de riesgos es responsabilidad de la máxima autoridad de la entidad y este a su vez se encargara de delegar el funcionario o servidor público, los cuales se encargaran de diseñar, oficializar e informar a los niveles con responsabilidad y autoridad correspondientes.

Responsables

Diseño y apoyo a la Implementación

- Asesor contratado para el diseño de los riesgos administrativos

Implementación


- Área responsable de cada proceso correspondiente

Supervisión y seguimiento a la implementación

- Asesor sistema de control interno
- Gerencia o su delegado

Mantenimiento y actualización permanente

- Área responsable de cada proceso

	ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA	Código: CI-MR-01
	Control Interno	Versión: 1.0
	Mapa de Riesgos	Fecha de Aprobación 01/12/2017

- Área responsable por la gerencia para la administración del sistema de control interno.

A continuación, se establece las políticas generales de la administración de riesgos, teniendo en cuenta las medidas de respuesta, priorización, y características del macroproceso administrativo y sus procesos.

OBJETIVOS DE LA ADMINISTRACION DE RIESGOS

Los objetivos para la política de gestión de riesgos son las siguientes:

- Preservar la obtención de los resultados, bienes y servicios a la comunidad y diferentes grupos de interés internos y externos.
- Utilizar en forma efectiva y eficiente, los recursos de la entidad resguardándola contra daños o pérdidas.
- Evitar o mitigar cualquier pérdida económica ocasionada por la materialización de un riesgo.
- Garantizar la confiabilidad y oportunidad de la información
- Mantener la buena imagen y las buenas relaciones de la entidad con sus grupos de interés.


PRINCIPIOS Y FUNDAMENTOS

La administración de riesgo busca favorecer los principios de:

Responsabilidad: al orientar la cultura organizacional a la permanente identificación y valoración de los riesgos, incrementando la capacidad y competencia institucional para interpretar y satisfacer las necesidades de los diferentes grupos de interés, definiendo las medidas de prevención y protección contra los eventos externos e internos capaces de poner en peligro la gestión.

Economía, eficiencia y eficacia al proveer los lineamientos necesarios para proteger y asegurar los recursos ante cualquier evento interno o externo que pueda afectarlos e implique pérdidas o el propósito de su cumplimiento institucional.

La administración de riesgos se fundamenta en la autorregulación, al definir, promulgar y hacer cumplir las políticas establecidas por la entidad de los eventos nocivos al logro de sus propósitos. Además, proporciona el conocimiento de los riesgos, sus causas, agentes generadores y efectos potenciales lo cual debe redundar en la capacidad de los funcionarios de auto controlar su gestión.

	ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA PALMA	Código: CI-MR-01
	Control Interno	Versión: 1.0
	Mapa de Riesgos	Fecha de Aprobación 01/12/2017

NIVELES DE RESPONSABILIDADES Y ROLES

La administración de riesgos es responsabilidad del nivel directivo, el cual a través de los diferentes comités o conformación de grupos internos identifica y valora los riesgos, conformados para definir políticas y dar respuestas adecuadas para su manejo. Se convierte, por lo tanto, en un proceso permanente e inherente a todas las áreas organizacionales de la entidad, y en especial de la unidad o área encargada de evaluar en forma independiente el sistema de control interno, en tanto esta tiene la obligación de verificar los aspectos tanto internos como externos, identificados como debilidades y/o amenazas para el logro de los objetivos organizacionales, recomendado a la dirección los correctivos correspondientes.

Responsabilidad de la Alta Dirección

La alta dirección debe asegurarse de que los diferentes niveles de responsabilidad y autoridad en materia de administración de riesgos están definidas y comunicadas dentro de la entidad.

La alta dirección debe definir y documentar su política para administración del riesgo, incluidos los objetivos para la gestión del riesgo y su compromiso con ella. La política de gestión del riesgo debe ser pertinente para el contexto estratégico de la entidad y sus metas, objetivo y naturaleza de sus procesos. La dirección debe asegurar que su política sea entendida, implementada y mantenida en todos los niveles organizacionales.

La alta dirección debe desarrollar, establecer e implementar una infraestructura o disposiciones que aseguren que el manejo del riesgo llegue a ser una parte integral de la planeación, los procesos de gestión, y, en general, de la cultura organizacional. Esto debe incluir.

Conformación de un equipo que contenga personal de alta dirección, que sea responsable de las comunicaciones internas acerca de la política.

Promover la toma de conciencia acerca de la gestión del riesgo.

Comunicación/dialogo en toda la organización sobre la gestión del riesgo y la política de la entidad.

Adquirir habilidades en gestión del riesgo, por ejemplo, por medio de consultores y desarrollando experiencia mediante entrenamiento y educación.

La oficina de control interno o quien haga sus veces, es responsable por realizar la evaluación y seguimiento a la gestión del riesgo institucional, generando las recomendaciones correspondientes y asesorando a la alta dirección para desarrollar y aplicar mecanismos que aseguren la revisión continua de los riesgos.