

		IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO			VALORACIÓN DEL RIESGO				TRATAMIENTO DEL RIESGO							LOS CONTROLES		DISMINUCIÓN DE PROBABILIDAD E IMPACTO		
Proceso	Nro.	Riesgo	Clasificación	Causas Vulnerabilidades	Consecuencias	Probabilidad	Impacto	Riesgo inherente	Opción de Manejo	Actividad de Control	Soporte	Responsable	Tiempo	Indicador	Solidez del conjunto de controles	Plan de acción para fortalecer	Probabilidad	Impacto	Riesgo Residual	
AMBULATORIO	19	Reingreso de pacientes antes de 48 horas por la misma causa al servicio de urgencias	Operativos	Adherencia a GPC Tratamiento médico no pertinente ni efectivo Diagnóstico inadecuado Mal uso de los servicios de urgencias por parte de los usuarios (altas voluntarias) Interpretación de imágenes no adecuadas	Insatisfacción del usuario externo Pérdida de la imagen institucional Pérdida económica para la institución en caso de que se complique el paciente Complicación del estado inicial del paciente	Casi seguro	Moderado	EXTREMO	REDUCIR	Implementación y evaluación de Guías de Práctica Clínica Educación en el manejo del servicio de urgencias	Informe de auditoria concurrente Pantallas educativas Televisor y pendón triage	Coordinadores Urgencias Auditores concurrentes Personal asistencial de triage	Mensual	Proporción de reingresos por la misma causa en menos de 48 horas	Fuerte	NO	Posible	Moderado	ALTO	
	20	Cobro para facilitar un tramite	De corrupción	Alta demanda Disminución de oferta	Investigaciones, sanciones disciplinarias y judiciales	Casi seguro	Mayor	EXTREMO	REDUCIR	Usuarios de Servinte con accesos restringidos Auditoria de trámites realizados por los usuarios	Servinte Cuadros de turno con asignaciones	Coordinadores de Áreas Ambulatorias	Trimestral	Proporción de eventos de cobro con seguimiento	Fuerte	NO	Posible	Mayor	EXTREMO	
	21	Falla de la cadena de frío	Operativos	No mantenimiento oportuno de equipos	Pérdida económica Alteración de biológicos	Rara vez	Menor	BAJO	REDUCIR	Control de temperatura Programación de mantenimientos preventivos Acceso restringido a la cava	Informe de seguimiento a mantenimiento y auditorías	Coordinadora PAI Química Farmacéutica	Continuo	Proporción de desviaciones	Fuerte	NO	Rara vez	Insignificante	BAJO	
	22	Reacción adversa a biológico	Operativos	Biológico vencido Condición propia del paciente Mala técnica de aplicación	Deterioro del estado de salud del usuario Insatisfacción Pérdida de credibilidad de la institución	Posible	Menor	MODERADO	REDUCIR	Revisión y control de lotes de biológicos Capacitación continua al personal	Registro mensual de Kardex Listas de asistencia a capacitaciones Certificados de administración de inmunobiológicos	Coordinadora PAI Enfermera de Vacunación	Mensual	Proporción de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación	Fuerte	NO	Rara vez	Insignificante	BAJO	
	23	No cumplimiento de metas del PIC	De cumplimiento	Cancelación de brigadas por terceros Falta de insumos Falta de planeación	Insatisfacción del usuario No captación de usuarios Sanciones contractuales	Rara vez	Menor	BAJO	REDUCIR	Supervisión del contrato	Informe de cumplimiento de actividades Informe de supervisión de contrato	Coordinadora PIC	Mensual	Proporción de actividades cumplidas	Fuerte	NO	Rara vez	Insignificante	BAJO	
	24	Atención de usuarios no cubiertos por contrato	Financieros	Bases de datos desactualizadas Falta de comunicación entre los procesos de facturación , contratación y citas Lineamientos pocos claros en el proceso de facturación casos específicos	Glosas Aumento de cartera	Casi seguro	Menor	ALTO	REDUCIR	Verificación en bases de datos Estandarizar y parametrizar en el sistema la facturación de población no asegurada	Proceso estandarizado en el sistema	Facturación	Mensual	Proporción de cartera servicios a población no asegurada	Débil	SI	Casi seguro	Menor	ALTO	
	25	Evento Adverso por mala práctica	Operativos	Falta de entrenamiento No adherencia a protocolos Rotación de personal Carga laboral	Lesión temporal y permanente, deterioro de la salud del paciente. Inconformidad del usuario Reingresos Acciones judiciales contra la institución Sanciones	Casi seguro	Menor	ALTO	REDUCIR	Capacitación continua Adopción de guías clínicas Rondas de seguridad Gestión de eventos Pólizas de responsabilidad civil	Informe de adherencia Guía de Práctica Clínica y rondas de seguridad Actas de comité de seguridad Reporte de evento Consolidado de análisis Formato de verificación de requisitos para firma de contrato donde se incluye la portabilidad de la póliza	Líderes del proceso Seguridad del paciente Calidad Talento Humano	Mensual	Índice de eventos adversos	Fuerte	NO	Posible	Insignificante	BAJO	
	26	Baja accesibilidad del usuario para la asignación de citas	Operativos	Insuficiencia de personal Tecnología inapropiada para la demanda del hospital No implementación adecuada del trámite interno	Insatisfacción del usuario externo Detrimiento de la imagen institucional. Demora en el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad Tramitología y gastos adicionales para el usuario externo	Casi seguro	Menor	ALTO	REDUCIR	Implementación de trámite interno Definición de oferta por EAPB Regular la oferta de servicios a EAPB Implementar trámite interno para garantizar asignación de citas Seguimiento a generación de autorizaciones	Citas asignadas por medios tecnológicos de larga distancia Formato de capacidad ofertada	Líderes de área ambulatoria	Trimestral	Proporción de demanda no atendida	Fuerte	NO	Posible	Insignificante	BAJO	
	27	Fallas en los procesos de autorización	Operativos	No entrega o entrega incompleta por parte del Especialista de la documentación Olvido por parte del usuario de los documentos para el trámite por parte de la institución Errores en el diligenciamiento de la historia clínica Fallas en la plataforma de validación de las EAPB	Insatisfacción del usuario. Pérdida económica para la institución. Mala imagen de la institución Fallas en la accesibilidad y continuidad al tratamiento del usuario Pérdida de contratos con EAPB	Casi seguro	Menor	ALTO	REDUCIR	Implementación de trámite interno con las EAPB mediante plataformas web que faciliten los procesos Taquilla de trámites admón. Auditorías y retroalimentación	Actas de reuniones con EAPB Plataformas web de EAPB Bases de datos solicitadas	Líderes de área ambulatoria	Trimestral	Proporción de eventos adversos por trámites administrativos	Fuerte	NO	Posible	Insignificante	BAJO	
	28	Cobro incorrecto de cuota moderadora, copagos y / o cuotas de recuperación	Financieros	Descuido del facturador Carga laboral	Insatisfacción del usuario interno y externo Pérdida de tiempo del recurso humano, tecnológico y financiero	Probable	Menor	ALTO	REDUCIR	Parametrización del sistema Capacitación a personal de facturación	Parametrización de Servinte Actas de capacitación	Coordinadora de facturación	Semestral	Proporción de quejas por cobros incorrectos	Fuerte	NO	Improbable	Insignificante	BAJO	
	29	Cancelación de agendas	Operativos	Necesidad del especialista en otro servicio como cirugía Renuncia del personal Agendas no llenas Cambio especialista Cambio de fechas Falta de disponibilidad médica Orden público Problemas con EPS o ARL Calamidades del personal	Usuario Externo insatisfecho Pérdida económica para la institución Accesibilidad a los servicios de salud Desaprovechamiento de la capacidad instalada Quejas de la Superesalud Sanciones	Casi seguro	Menor	ALTO	REDUCIR	Registro cambios de asignación Seguimiento a cancelaciones Agendas adicionales por parte de los especialistas Disponibilidad mensual por especialista	Informes comité asistencial Agendas	Líderes de área ambulatoria	Trimestral	Proporción de citas canceladas por la institución	Fuerte	NO	Probable	Insignificante	MODERADO	
	30	Inasistencia de pacientes a consulta programada	Operativos	Cambio especialista Cambio de fechas Falta de disponibilidad médica Orden público Problemas con EAPB o ARL Hospitalización del usuario Muerte del usuario Cita mal solicitada Demoras en la atención Debilidades en las estrategias de notificación al usuario	Usuario interno insatisfecho Pérdida económica para la institución Colapso de agendas futuras Desaprovechamiento de la capacidad instalada	Casi seguro	Menor	ALTO	REDUCIR	Estrategias de notificación al usuario de citas telefónicamente Trámite interno Sanciones pedagógicas	Registro de llamadas Registros en Servinte Informe comité asistencial	Líderes de área ambulatoria	Mensual	Proporción de citas inasistentes en la institución	Fuerte	NO	Posible	Insignificante	BAJO	
	31	Estancia prolongada de pacientes	Operativos	Falta de apoyo diagnóstico de tercer nivel para definir conductas con los pacientes. Faltencias de contratación de las aseguradoras con IPS de mayor complejidad. Problemas de accesibilidad y disponibilidad de salud domiciliaria Mala programación de servicios complementarios que retrasan el diagnóstico	Pérdida económica Insatisfacción del usuario externo Pérdida de la imagen institucional Riesgo para el paciente de infección asociada a la atención en salud Ocurrencia de incidentes y eventos adversos Se reduce el giro cama del servicio	Casi seguro	Moderado	EXTREMO	REDUCIR	Implementación de Guías de Práctica Clínica Auditoría concurrente Se realiza auditoría de historias clínicas en pacientes con estancia mayor a 5 días Verificación de estancias prolongadas por parte del Coordinador de Hospitalización	Informes de adherencia a GPC Informes de auditoria concurrente	Auditor Medico Coordinador Asistencial	Semestral	Promedio días estancia	Fuerte	NO	Posible	Menor	MODERADO	
	32	Demora en la realización del alta del paciente	Operativos	No diligenciamiento de la epícrisis y fórmulas médicas por parte del especialista Inoportunidad en la interpretación y resultado de las ayudas diagnósticas. Demoras en procesos de devolución de medicamentos y actividades de enfermería para egreso del paciente Demora en la facturación al momento del alta del usuario	Pérdida económica Insatisfacción del usuario externo Pérdida de la imagen institucional Retrasos en ingresos de nuevos usuarios Estancia prolongada en Urgencias, Consulta Externa y Cirugía	Casi seguro	Menor	ALTO	REDUCIR	Dar prioridad a las órdenes de alta hospitalaria por parte de los especialistas durante la ronda médica Verificación de reporte de ayudas diagnósticas en historia clínica por secretarías de sala Seguimiento de enfermería a las actividades	Historia Clínica Informes de auditorías	Jefe de Enfermería Coordinador Asistencial Auditor Medico	Semestral	Oportunidad en el alta administrativa	Moderado	SI	Probable	Menor	ALTO	

ICACIÓN		IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO					VALORACIÓN DEL RIESGO			TRATAMIENTO DEL RIESGO						LOS CONTROLES		DISMINUCIÓN DE PROBABILIDAD E IMPACTO		
Proceso	Nro.	Riesgo	Clasificación	Causas Vulnerabilidades	Consecuencias	Probabilidad	Impacto	Riesgo inherente	Opción de Manejo	Actividad de Control	Soporte	Responsable	Tiempo	Indicador	Solidez del conjunto de controles	Plan de acción para fortalecer	Probabilidad	Impacto	Riesgo Residual	
HOSPITALIZACIÓN	33	Úlceras por Presión	Operativos	Condiciones del paciente (clínicas, físicas, psicológicas) Incumplimiento del protocolo de úlceras por presión Insuficiente ayuda del cuidador	Aumento de costos a la institución Insatisfacción del usuario externo Pérdida de la imagen institucional Deterioro de la salud del paciente	Casi seguro	Menor	ALTO	REDUCIR	Implementación del protocolo de para prevención de UPP y paquete instruccional de prevención de úlceras por presión Involucrar a los cuidadores o acompañantes en el proceso Realización de rondas de seguridad del paciente Diligenciamiento de escala de valoración (braden) en historia clínica Análisis de eventos relacionados con UPP	Historia clínica Protocolo prevención de UPP Lista de asistencia de difusión de paquete instruccional Actas de comité de seguridad del paciente Registro SEGUPA	Jefes de servicio Grupo de seguridad del paciente	Mensual	Índice de úlceras por presión	Fuerte	NO	Posible	Insignificante	BAJO	
	34	Caída de pacientes	Operativos	Ausencia de piso antideslizante en los baños y habitaciones Incumplimiento en el mantenimiento preventivo de camas hospitalarias Insuficiente ayuda del cuidador Poca adherencia al protocolo de prevención de caídas Deficiente educación a paciente y cuidador	Aumento de costos a la institución Insatisfacción del usuario externo Pérdida de la imagen institucional Deterioro de la salud del paciente	Casi seguro	Moderado	EXTREMO	REDUCIR	Mantenimientos preventivos y correctivos de camas, camillas y sillas de ruedas Señalización de precaución para piso húmedo Timbres de llamado para que el paciente solicite ayuda para moverse o levantarse Explicación al paciente sobre la importancia de mantener las bandaras de seguridad de las camas elevadas. Implementación del protocolo y paquete instruccional para prevención de caídas Diligenciamiento de la escala de Morse para identificar el riesgo del paciente	Informe de mantenimiento preventivo y correctivo de camillas Listas de asistencia de implementación de paquete instruccional y socialización de protocolo Historia clínica	Jefes de servicio Grupo de seguridad del paciente	Mensual	Índice de caídas en hospitalización	Fuerte	NO	Posible	Menor	MODERADO	
	35	Infecciones intrahospitalarias	Operativos	Estancias prolongadas Inadecuadas técnicas de asepsia y antisepsia del personal del servicio en el manejo de heridas Inadecuadas técnicas de venopunción y manejo de catéter Ubicación incorrecta de pacientes al momento de hospitalizar Poca adherencia a la higiene de manos	Estancia prolongada Pérdida económica Insatisfacción del usuario externo Pérdida de la imagen institucional Deterioro de la salud del paciente	Casi seguro	Moderado	EXTREMO	REDUCIR	Gestionar las altas tempranas de los pacientes que clasifiquen con las EPS Capacitación, seguimiento y auditoría a la higiene de manos de todo el personal Análisis de eventos adversos Capacitación al personal encargado de limpieza y desinfección y registro de estos Capacitación, seguimiento y auditoría al protocolo de aislamiento Capacitación en accesos venosos	Registro de salud domiciliaria autorizada en CRUE Informe auditoría al lavado de manos Actas de comité de infecciones Reporte de eventos relacionados con infecciones en SEGUPA Listados de asistencia a capacitaciones Registros de asesos terminales Resultados de auditoría a aislamientos	Jefes de servicio Personal de oficinas generales Grupo de seguridad del paciente	Mensual	Tasa de infecciones intrahospitalarias	Fuerte	NO	Posible	Menor	MODERADO	
	36	Identificación incorrecta del paciente	Operativos	Diligenciamiento incompleto de los datos del paciente en tableros de identificación y manillas Datos incompletos o incorrectos en historia clínica Inadecuada identificación del paciente de acuerdo al protocolo	Errores en la administración de medicamentos del paciente Realización de procedimientos incorrectos Insatisfacción del usuario Evento adverso	Casi seguro	Mayor	EXTREMO	REDUCIR	Realización de rondas diarias de seguridad del paciente para identificación de metas internacionales e seguridad Seguimiento de ingresos administrativos Despliegue del paquete Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales	Informes de rondas de seguridad del paciente Actas y presentaciones del Comité de Seguridad del Paciente Reportes de fallas en los registros clínicos Listado de asistencia a socialización de paquete	Jefes de servicio Coordinación facturación Grupo de seguridad del paciente	Mensual	Proporción de adherencia a diligenciamiento de tableros de identificación y proporción de adherencia al uso de la manilla de identificación	Débil	SI	Casi seguro	Mayor	EXTREMO	
	37	Fuga de usuarios	Operativos	Falta de Control en la vigilancia Problemas socioeconómicos del paciente Falta de control por parte del área de enfermería No información de copagos con anticipación.	Insatisfacción del usuario interno Pérdida económica para la institución	Casi seguro	Moderado	EXTREMO	REDUCIR	Implementación de paquete instruccional de identificación del usuario Alertar a personal de seguridad cuando haya una sospecha de fuga de paciente Verificación de historia clínica facturada con manilla de identificación del paciente por parte de personal de seguridad Supervisión de cumplimiento de contrato con empresa de seguridad privada	Actas comité de seguridad del paciente Resultados indicador de adherencia a identificación del paciente Informes de supervisión de contrato	Jefes de servicio Grupo de seguridad del paciente Subdirección Administrativa y Financiera Supervisor contrato	Mensual	Proporción de fugas de pacientes	Débil	SI	Casi seguro	Moderado	EXTREMO	
CIRUGÍA	38	Paciente que no es programado para revisión postquirúrgica	Operativos	No disponibilidad de agenda. Nivel educacional del paciente.	Insatisfacción del usuario por la Inoportunidad en la atención Deterioro de la salud del usuario Dificultades en la accesibilidad a los servicios de salud	Casi seguro	Menor	ALTO	REDUCIR	Revisión de informe de pacientes operados y asignación de cita de revisión desde consulta externa Al alta, se solicita al acompañante que lleve a consulta externa una copia de esta con el fin de dejar al paciente en una lista de espera y asignarle la cita cuando haya disponibilidad	Agenda de citas de revisión	Coordinadora consulta externa	Mensual	Proporción de pacientes posquirúrgicos con cita de revisión asignada	Débil	SI	Casi seguro	Menor	ALTO	
	39	Diligenciamiento incorrecto, incompleto o no diligenciamiento del consentimiento informado	Operativos	No diligenciamiento por parte del especialista. Carga laboral Alto número de pacientes Comunicación deficiente entre el equipo de trabajo	Pérdida económica para la institución por demandas Mala imagen Insatisfacción del usuario por no información del procedimiento y posibles complicaciones.	Casi seguro	Menor	ALTO	REDUCIR	Implementación de la lista de chequeo cirugía segura Auditoría a diligenciamiento de consentimiento informado Verificación del diligenciamiento de consentimientos informados durante rondas administrativas realizadas en los servicios Revisión de adecuado diligenciamiento por parte de enfermería previo al procedimiento quirúrgico	Lista de chequeo de cirugía segura Informe de ronda	Auditoría concurrente Jefe de cirugía	Semestral	Proporción de procedimientos realizados sin consentimiento diligenciado	Débil	SI	Casi seguro	Menor	ALTO	
	40	Cancelación de cirugías	Operativos	Cambio criterio de médico tratante Enfermedad de base previa descompensada No esterilización del material o instrumental necesario para la cirugía No disponibilidad de los insumos o dispositivos médicos Mala preparación del paciente Daño de equipos No disponibilidad del recurso humano Por no disponibilidad de tiempo de quirúrgico	Insatisfacción del usuario externo Pérdida económica para la institución Incumplimiento de los indicadores obligatorios de calidad Deterioro del estado de salud del paciente Desaprovechamiento de la capacidad instalada de cirugía	Casi seguro	Moderado	EXTREMO	REDUCIR	Diligenciamiento de la lista de chequeo cirugía segura Diligenciamiento de la lista de chequeo de documentos Llamada telefónica para programación quirúrgica y agendamiento de la misma Análisis de cancelaciones de cirugía y gestores de planes de mejora Revisión de historia clínica previo a la cirugía Educación al paciente previa a la cirugía	Informe de cancelación de cirugía Registros de llamada a pacientes y agenda de programación Registros de análisis en SEGUPA Historia clínica	Jefe de cirugía Programación de cirugía Auditoría concurrente Central de esterilización Farmacia de cirugía	Mensual	Proporción de cancelación de cirugía	Fuerte	NO	Posible	Insignificante	BAJO	
	41	Inoportunidad con el paciente quirúrgico urgente	Operativos	No disponibilidad de espacio quirúrgico, materiales o personal	Deterioro del estado de salud del paciente Insatisfacción del Usuario Externo Incremento de eventos adversos Incumplimiento de los indicadores obligatorios de calidad	Probable	Moderado	ALTO	REDUCIR	Asignación de quirófano para cirugías urgentes de acuerdo a la necesidad Priorización de nivel de urgencias quirúrgicas Comunicación efectiva entre los servicios	Registro de asignación de quirófano	Jefe de cirugía	Mensual	Oportunidad en la programación de paciente urgente	Fuerte	NO	Improbable	Menor	BAJO	

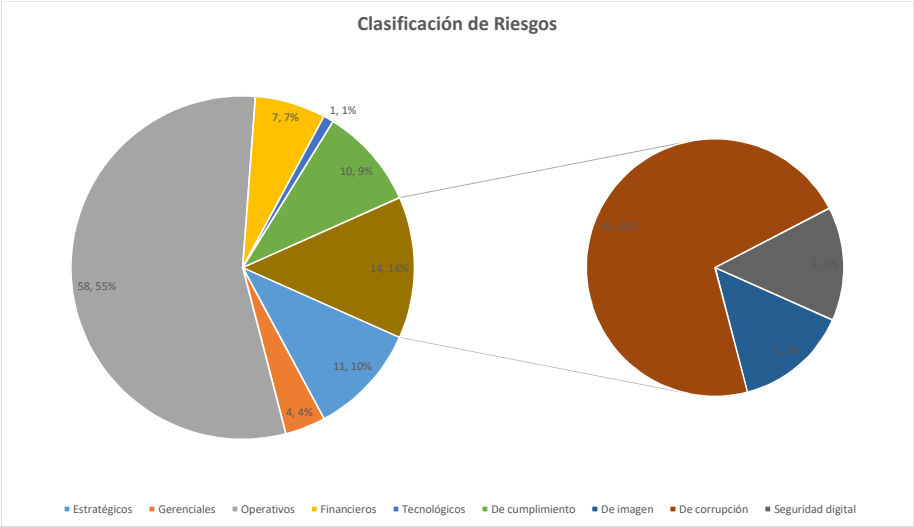
ICACIÓN		IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				VALORACIÓN DEL RIESGO			TRATAMIENTO DEL RIESGO					LOS CONTROLES		DISMINUCIÓN DE PROBABILIDAD E IMPACTO			
Proceso	Nro.	Riesgo	Clasificación	Casos Vulnerabilidades	Consecuencias	Probabilidad	Impacto	Riesgo Inherente	Opción de Manejo	Actividad de Control	Soporte	Responsable	Tiempo	Indicador	Salidez del conjunto de controles	Plan de acción para fortalecer	Probabilidad	Impacto	Riesgo Residual
APOYO DIAGNÓSTICO	42	Quemadura por electro bisturi.	Operativos	Desconocimiento de la guía de manejo del electro bisturi. No inducción y reducción en el puesto de trabajo. Daño en placa de electro bisturi.	Insatisfacción del Usuario externo Pérdida económica para la institución por demandas Deterioro de la salud del paciente por quemadura	Posible	Moderado	ALTO	EVITAR	Realización de mantenimientos preventivos a electro bisturi Capacitación al personal en el manejo de electro bisturi Verificación de lista de chequeo de cirugía segura	Cronograma de mantenimientos y reporte de mantenimientos realizados Lista de asistencia a capacitación Lista de chequeo de cirugía segura	Mantenimiento biomédico Personal de Cirugía	Semestral	Proporción de eventos adversos por quemaduras con electro bisturi	Fuerte	NO	Rara vez	Insignificante	BAJO
	43	Infecciones de sitio operatorio.	Operativos	No cumplimiento del protocolo de asepsia y antisepsia y lavados de manos. Condiciones y cuidados propios del paciente. No adecuado proceso de esterilización. No comportamiento de las normas del quirófano. No programación de aseo terminal, inadecuado realización de aseo terminales	Insatisfacción del usuario externo Pérdida económica para la institución por los incidentes obligatorios de calidad Deterioro de la salud del paciente	Casi seguro	Moderado	EXTREMO	REDUCIR	Implementación del paquete instruccional de procedimientos quirúrgicos seguros Realización de aseos terminales, seguimiento y capacitación al personal que los realiza Auditoría a higiene de manos y de asepsia y antisepsia Educación al paciente	Actas comité de seguridad del paciente Registros de aseos terminales Presentaciones y listados de asistencia a capacitación Historia clínica	Seguridad del paciente Personal de oficios generales Jefes de cirugía	Mensual	Proporción de infecciones de sitio operatorio	Fuerte	NO	Posible	Insignificante	BAJO
	44	Incorrecta identificación del paciente.	Operativos	Diligenciamiento incompleto de los datos del paciente Datos inesacos Similitud de nombres Falta de concentración del personal de cirugía Carga laboral	Errores en la medicación del paciente Realización de procedimientos al paciente equivocados o en el lugar equivocado Insatisfacción del Usuario Se atenta con la Seguridad del paciente	Probable	Mayor	EXTREMO	REDUCIR	Aplicación de lista de chequeo de cirugía Implementación del paquete instruccional de procedimientos quirúrgicos seguros Aplicación del protocolo de identificación del paciente	Lista de chequeo de cirugía Actas comité de seguridad del paciente Protocolo de identificación del paciente Historia clínica	Seguridad del paciente Personal de cirugía	Mensual	Proporción de eventos adversos por mala identificación del usuario en el servicio de cirugía	Fuerte	NO	Improbable	Menor	BAJO
	45	Devolución del usuario por mala preparación	Operativos	El Médico no orienta al usuario a sitios de información. Falta de conocimiento por parte del personal encargado en dar las indicaciones, sobre la adecuada preparación para la toma de muestra. Falta de entrega de instructivos para la toma de muestra. Falta de entendimiento por parte del usuario de los cuidados y recomendaciones, para la toma de muestras. No acatamiento del paciente y/o su familia, acerca de las indicaciones dadas para la adecuada toma de la muestra.	Pérdida económica para la institución Insatisfacción del usuario externo Tardanza en el diagnóstico del paciente. Deterioro del estado de salud del usuario. Aumento de costos.	Casi seguro	Menor	ALTO	REDUCIR	Dar instrucciones de las condiciones para la toma de muestras indagando sobre el entendimiento del paciente y/o su familia sobre las condiciones para la adecuada toma de muestras. Verificación de entendimiento de las instrucciones brindadas al usuario.	Registro historia clínica	Coordinador del servicio de Laboratorio Auxiliares de Laboratorio y Bacteriólogos	Semestral	Proporción de cancelación de procedimiento por mala preparación	Fuerte	NO	Posible	Insignificante	BAJO
	46	Pérdida o intercambio de muestra	Operativos	Descuido del personal Mala rotulación de las muestras Desorden en la ejecución del proceso de toma de muestra y embalaje de la misma Incumplimiento de los correctos para una adecuada identificación de la muestra.	Insatisfacción del usuario interno y externo Pérdida económica para la institución Mala imagen institucional Realización de exámenes de laboratorio adicionales a los ordenados. No realización de exámenes ordenados. Realización de exámenes de laboratorio al paciente equivocado. Aumento de costos. Inoportunidad en el reporte de resultados.	Probable	Moderado	ALTO	REDUCIR	Implementación del paquete instruccional de identificación del paciente y muestras. Registro de entrega de muestras Capacitación al personal nuevo o en inducción. Correlación de historias clínicas con resultados de exámenes.	Actas de comité de seguridad Registro de entrega de muestras. Registro de evento en el SEGUPA Registro en software interno del Laboratorio	Seguridad del paciente Coordinador del servicio de Laboratorio Auxiliares de Laboratorio y Bacteriólogos	Semestral	Proporción de muestras perdidas o intercambiadas	Fuerte	NO	Improbable	Insignificante	BAJO
	47	Daño de la muestra durante el procesamiento	Operativos	Errores en la aplicación de guías y protocolos Descuido del personal Daño en equipos Falta de entrenamiento sobre la manipulación de las muestras, por parte del personal encargado de hacerlo. Tiempo prolongado entre la toma y el procesamiento de la muestra. Caída del contenedor de la muestra. Derrame de la muestra. Daño de la muestra dentro del analizador. Transporte inadecuado.	Insatisfacción del usuario interno Pérdida económica para la institución Demoras en el procesamiento y entrega de las muestras Repetición en la toma de las muestras. Demoras en el diagnóstico del usuario.	Probable	Menor	ALTO	REDUCIR	Cumplimiento de las indicaciones de toma, transporte y conservación de muestras. Realización de los procedimientos de ayudas diagnósticas en condiciones de seguridad, que garanticen la ejecución del examen. Notificación oportuna al usuario sobre el daño en las muestras, para su posterior retoma Controles de calidad en el procesamiento de muestras. Realización de los mantenimientos periódicos de los equipos de laboratorio.	Registro de controles de calidad. Registro de proporción de muestras. Registros de mantenimiento de equipos.	Coordinadores de servicio de Laboratorio Auxiliares de Laboratorio y Bacteriólogos	Semestral	Proporción de muestras dañadas	Fuerte	NO	Probable	Insignificante	MODERADO
	48	Error en la entrega de los resultados	Operativos	Se presentan casos de Homónimos Muestras mal identificadas Pacientes con múltiples resultados Pacientes con datos incompletos Desconocimiento del proceso de entrega de exámenes Faltos. Reporte de exámenes mal archivados. Entrega de resultados sin documento de identidad del usuario. Duplicidad o mala identificación del usuario en el sistema del laboratorio. No verificación de pacientes y/o documento de identidad.	Insatisfacción del usuario interno y externo Pérdida económica para la institución Reprocesos Retrasos en la atención del usuario. Falta en la continuidad de las ayudas diagnósticas. Complicaciones en el estado de salud del paciente.	Probable	Moderado	ALTO	REDUCIR	Implementación del paquete instruccional de identificación de muestras Verificar al menos tres datos de identificación del paciente Solicitud del documento de identidad del usuario para la entrega de resultados. Diligenciamiento de forma adecuada del formato de entrega de resultados a los servicios de hospitalización y urgencias. Verificación de fecha de toma del examen para su posterior impresión.	Registro de quejas de usuarios o eventos adversos en SEGUPA Formato de entrega de resultados	Seguridad del paciente Coordinadores de servicio de Laboratorio Auxiliares de Laboratorio y Bacteriólogos	Semestral	Proporción de resultados entregados erróneamente	Fuerte	NO	Improbable	Insignificante	BAJO
	49	Error en la interpretación del resultado	Operativos	Falta de unificación de criterio de los profesionales Exceso de trabajo Falta de concentración Falta de valores de referencia propios del laboratorio clínico	Insatisfacción del usuario interno y externo Pérdida económica para la institución Complicaciones en el estado de salud del paciente. Resultados no confiables	Probable	Moderado	ALTO	REDUCIR	Estandarización de procesos acorde a las guías de práctica clínica. Realización de pausas activas. Organización en el puesto de trabajo. Evaluación a la adherencia de protocolos.	Protocolos de atención Resolución de adopción de guías. Listas de socialización de protocolos. Registro de eventos en SEGUPA Formato de evaluación a protocolos	Coordinadores de servicio de Laboratorio	Semestral	Proporción de eventos adversos por error en la interpretación de resultados	Moderado	SI	Posible	Menor	MODERADO
	50	Reacción alérgica al medio de contraste	Operativos	Ausencia de exámenes de laboratorio No revisión de la historia clínica Antecedentes o desconocimiento a reacciones alérgicas a medios de contraste. Falta de capacitación personal que realiza el procedimiento.	Deterioro del estado de salud del paciente o muerte Complicaciones en el proceso de atención Insatisfacción del usuario externo Pérdida económica	Probable	Moderado	ALTO	REDUCIR	Implementación de guías de práctica clínica Capacitación al personal de imagenología en medios de contraste, extravasación de venas y manejo de equipos. Análisis de eventos relacionados con reacciones alérgicas y gestión de planes de mejora	Formatos de implementación de GPC Actas de comité de seguridad del paciente Historia clínica Listados de asistencia a capacitación Reportes en sistema SEGUPA	Seguridad del paciente Coordinadora de servicio de imagenología	Semestral	Proporción de eventos relacionados con el medio de contraste	Fuerte	NO	Improbable	Menor	BAJO
	51	Aumento en la radiación del usuario interno y externo	Operativos	Procedimiento mal ordenado Traslados repetitivos del paciente para toma de imagen en diferentes partes del cuerpo Realización del procedimiento en parte del cuerpo no ordenada Movimiento del paciente que lleva a repetición del examen	Acumulación de dosis de radiación Deterioro del estado de salud del paciente	Probable	Insignificante	MODERADO	ACEPTAR	Registro de excel con factores de exposición de radiaciones al paciente Registro de dosis absorbida por el paciente	Registro de radiaciones por paciente	Secretaría de imagenología Coordinadora de imagenología Coordinadora de servicios ambulatorios	Anual	Promedio de radiaciones por paciente	Fuerte	NO	Improbable	Insignificante	BAJO

ICACIÓN		IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO					VALORACIÓN DEL RIESGO			TRATAMIENTO DEL RIESGO							LOS CONTROLES		DISMINUCIÓN DE PROBABILIDAD E IMPACTO		
Proceso	Nro.	Riesgo	Clasificación	Causas Vulnerabilidades	Consecuencias	Probabilidad	Impacto	Riesgo inherente	Opción de Manejo	Actividad de Control	Soporte	Responsable	Tiempo	Indicador	Salidez del conjunto de controles	Plan de acción para fortalecer	Probabilidad	Impacto	Riesgo Residual		
	52	Toma de imagen incorrecta	Operativos	Procedimiento mal ordenado Realización del procedimiento en parte del cuerpo no ordenada Movimiento del paciente que lleva a repetición del examen Fallas en el equipo	Repetición del examen Acumulación de dosis de radiación Demora en el diagnóstico Pérdida económica Insatisfacción del usuario externo Retraso en atenciones	Casi seguro	Menor	ALTO	REDUCIR	Implementación de protocolo de toma de imágenes Capacitación al personal en toma de imágenes	Historia clínica electrónica Listados de asistencia a capacitación	Tecnólogos de rayos X Coordinadora de Imagenología	Semestral	Proporción de imágenes incorrectas	Fuerte	NO	Posible	Insignificante	BAJO		
APOYO TERAPÉUTICO	53	Falta de continuidad y adherencia al programa de fisioterapia	Operativos	Condiciones socioculturales, demográficas y geográficas del usuario Demora en la autorización por parte de la EPS	Dificultad para lograr los objetivos del programa Insatisfacción del usuario Imposibilidad de medir el impacto del programa	Casi seguro	Insignificante	ALTO	REDUCIR	Migración de las citas completas para el tratamiento Registrar de la programación de las citas en el camé de citas Educar al paciente en la importancia de los deberes como usuarios	Agenda Camé de citas del usuario	Líder de Fisioterapia	Mensual	Proporción de pacientes con continuidad en el tratamiento	Fuerte	NO	Posible	Insignificante	BAJO		
	54	Quemaduras	Operativos	Alteración de la sensibilidad Falta de acompañante para niños, ancianos y discapacitados Descuido del personal de fisioterapia	Insatisfacción del usuario externo Pérdida económica para la institución Pérdida de la imagen institucional Daño físico al paciente	Improbable	Menor	BAJO	REDUCIR	Dar adecuadas instrucciones al usuario sobre riesgos pre y pos terapia Permitir acompañante al paciente que lo requiera Cuando se presentan quemaduras se realiza el reporte del evento a seguridad del paciente	Historia Clínica SEGUPA	Líder de Fisioterapia	Mensual	Proporción de eventos adversos en fisioterapia	Fuerte	NO	Rara vez	Insignificante	BAJO		
	55	Calda de pacientes en el servicio de Fisioterapia	Operativos	Piso en malas condiciones Condiciones del paciente como equilibrio alterado Superficies en las que se pueden hacer los ejercicios Caídas desde camillas	Insatisfacción del usuario externo Pérdida económica para la institución Pérdida de la imagen institucional Daño físico al paciente	Improbable	Menor	BAJO	REDUCIR	Evaluación de equilibrio del paciente al ingreso Permitir el ingreso de acompañantes a pacientes que pueden sufrir caídas fácilmente en cualquier parte del servicio Tener cuidado con los pacientes que tienen el equilibrio alterado cuando se suban a superficies Cuando se presentan caídas, se realiza el reporte del evento a seguridad del paciente	Historia Clínica SEGUPA	Líder de Fisioterapia	Mensual	Proporción de eventos adversos en fisioterapia	Fuerte	NO	Rara vez	Insignificante	BAJO		
	56	Entrega inadecuada de componentes sanguíneos	Operativos	Errores de identificación de las unidades Entrega de grupo sanguíneo incompatible con el del paciente Temperatura inadecuada Rotulación equivocada Fecha de vencimiento inadecuada Aspecto físico de las unidades inadecuada	Paciente transfundido con componente inadecuado Demora en el proceso Usuario insatisfecho Pérdida económica Reacciones post-transfusión	Improbable	Moderado	MODERADO	REDUCIR	Aplicación de la lista de chequeo y verificación de entrega componentes Lista de chequeo y verificación de entrega de componentes	Historia clínica electrónica Programa de calidad del banco de sangre Lista de chequeo y verificación de entrega de componentes	Directora Banco de Sangre	Mensual	Proporción de componentes entregados erróneamente	Fuerte	NO	Rara vez	Insignificante	BAJO		
	57	Reacciones post-transfusión	Operativos	Error humano Respuesta propia del paciente No detección a tiempo de posible reacción Transfusional	Deterioro del estado de salud del paciente	Casi seguro	Menor	ALTO	ACEPTAR	Control y supervisión de la transfusión antes, durante y después del procedimiento Reporte oportuno de las reacciones transfusionales en el formato de reacciones transfusionales del INS Realización de análisis y gestión de planes de mejora relacionados con la sangre o sus derivados	Formato de envío de componentes a pacientes y control de transfusión sanguínea Formato de reacciones transfusionales del INS Informes y estudio de reacciones transfusionales Informes comité Transfusional Registros de análisis en SEGUPA	Directora Banco de Sangre	Mensual	Proporción de eventos adversos postrafusionales	Fuerte	NO	Posible	Menor	MODERADO		
	58	Inoportunidad en la entrega del hemocomponente	Operativos	Demora en la recepción de la muestra para pruebas de compatibilidad No disponibilidad del hemocomponente solicitado Demora en el procesamiento de las pruebas de compatibilidad	Demora en el proceso de transfusión del paciente Deterioro del estado de salud del paciente	Probable	Moderado	ALTO	REDUCIR	Comunicación con enfermera jefe del servicio para entrega oportuna de la muestra Verificación diaria del stock de componentes y en caso de no disponibilidad de un grupo en específico, se realizan préstamos en otros bancos de sangre Procesamiento inmediato de las pruebas de compatibilidad	Formato de entrega de componentes sanguíneos Formato de entrega de turno diario y reporte CRUE Sistema de información interno del Banco de Sangre	Bacteriólogo Banco de Sangre	Mensual	Oportunidad en la entrega de hemocomponentes	Fuerte	NO	Improbable	Insignificante	BAJO		
FARMACIA Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	59	Pérdida de recursos por inadecuado manejo de inventarios	Operativos	Errores en las dispensaciones Medicamentos dispensados en emergencia sin registro El inventario es manejado por varios usuarios	Detrimiento patrimonial Generación de faltantes y sobrantes	Casi seguro	Moderado	EXTREMO	REDUCIR	Control de inventario general trimestral (en esta actividad los faltantes que se generan son asumidos en dinero por el personal auxiliar del servicio farmacéutico) y aleatorio mensual Control de inventario diario de insumos específicos	Informe de inventarios	Químico Farmacéutico	Trimestral	Valor faltante de inventario	Fuerte	NO	Posible	Insignificante	BAJO		
	60	Entrega equivocada de medicamentos	Operativos	Inadecuadas prácticas de dispensación por parte de los auxiliares del servicio farmacéutico	Posible daño a la salud del paciente en caso de ser administrado Descuido en el inventario Sanciones de tipo legal para la institución	Probable	Moderado	ALTO	REDUCIR	Aplicación del paquete instruccional de uso seguro de medicamentos Marcación de los medicamentos de alto riesgo y Medicamentos LASA, con el fin de generar alertas para asegurar doble verificación que evita entregar un medicamento que no corresponde a lo ordenado Análisis y gestión de planes de mejora de eventos relacionados con medicamentos Aplicación de auditorías a los despachos de medicamentos	Registro de despacho de medicamentos Marcación de medicamentos Actas y presentaciones comité Seguridad del paciente Reportes relacionados con medicamentos en SEGUPA Registro del formato de auditoría a canastas de distribución	Químico Farmacéutico Asistencial	Trimestral	Proporción de errores en la dispensación de medicamentos	Fuerte	NO	Improbable	Insignificante	BAJO		
	61	Fallo en el proceso de esterilización	Operativos	Falla de equipos Distribución incorrecta de los paquetes en el equipo	CANCELACIÓN de procedimientos Infección de sitio operatorio Retraso en la programación de cirugía	Probable	Moderado	ALTO	REDUCIR	Verificar el cumplimiento del mantenimiento preventivo Control de variables por carga Verificación de la integridad del paquete	Cronograma de mantenimientos Registro de cargas y verificación de integridad	Coordinadora Esterilización	Semestral	Proporción de fallas del proceso de esterilización	Fuerte	NO	Improbable	Menor	BAJO		
	62	Proceso incompatible con elemento a esterilizar	Operativos	Desconocimiento del personal Descuido del personal al cargar los equipos Información incompleta sobre el material a esterilizar	Pérdida económica Retraso o cancelación de los procedimientos Daño de dispositivos o equipos	Improbable	Moderado	MODERADO	REDUCIR	Solicitar fichas técnicas de dispositivos o información al proveedor sobre el método de esterilización compatible Capacitación del personal sobre dispositivos médicos termosenesibles	Registro de información en formato de recibo de material Listados de asistencia a capacitación	Coordinadora Esterilización	Annual	Proporción de daño de equipos por esterilización inadecuada	Fuerte	NO	Rara vez	Menor	BAJO		
	63	Daño de equipos de esterilización	Operativos	Desgaste del equipo Fallos de energía, suministro de agua o compresor Fugas de agua	Retraso en la producción Retraso o cancelación de procedimientos	Casi seguro	Menor	ALTO	REDUCIR	Verificar el cumplimiento del mantenimiento preventivo	Cronograma de mantenimientos y registro de mantenimiento	Coordinadora Esterilización	Semestral	Proporción de daño de equipos de esterilización	Débil	SI	Casi seguro	Menor	ALTO		
64	Vinculación de personal no competente	Estratégicos	No estandarización e inadecuada implementación del proceso de selección Errores en el proceso de selección No definición de perfiles	Errores en la ejecución de actividades Reprocesos Atenciones inseguras y eventos adversos Procesos judiciales	Posible	Moderado	ALTO	REDUCIR	Aplicación de lista de verificación de requisitos Verificación de títulos y referencias de experiencia laboral Inducción al personal nuevo	Formato de entrevistas, ruta de inducción, campus virtual y formato de verificación de requisitos y referencias.	Jefe Talento humano	Semestral	Índice de rotación de personal	Fuerte	NO	Rara vez	Moderado	MODERADO			

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO					VALORACIÓN DEL RIESGO					TRATAMIENTO DEL RIESGO										LOS CONTROLES		DISMINUCIÓN DE PROBABILIDAD E IMPACTO		
Proceso	Nro.	Riesgo	Clasificación	Causas Vulnerabilidades	Consecuencias	Probabilidad	Impacto	Riesgo inherente	Opción de Manejo	Actividad de Control	Soporte	Responsable	Tiempo	Indicador	Solidez del conjunto de controles	Plan de acción para fortalecer	Probabilidad	Impacto	Riesgo Residual					
FINANCIERA	78	Mala elaboración de factura	Operativos	Falta de conocimiento de los códigos de los servicios prestados en la institución Desconocimiento de la normatividad para la realización de facturas Falta de verificación del copago teniendo en cuenta la seguridad social del usuario No socialización de contratos Falta de identificación del usuario en base de datos Falta autorización No solicitar documentación completa a la hora de la admisión Falta de capacitación al personal. Comunicación deficiente entre los diferentes servicios. Falta del diligenciamiento de todos los campos	Pérdida económica para la institución Insatisfacción del usuario externo Deficiente imagen institucional Incumplimiento de los indicadores de calidad	Posible	Moderado	ALTO	REDUCIR	Verificación por revisoría de cuentas	Informes de revisoría de cuentas	Coordinadora Facturación	Trimestral	Proporción de facturas mal elaboradas	Fuerte	NO	Rara vez	Insignificante	BAJO					
	79	Pérdidas en la operación del servicio	Financieros	Recuperación de la cartera mayor a 360 días Procesos no definidos para cobros jurídicos Falta de atención en el diligenciamiento de la factura Alta tramitología Envío de facturación sin relacionar No se tiene en cuenta la programación de envío de facturas para las empresas. Falta de divulgación de procesos y procedimientos del área No ingreso oportuno de las glosas y de las devoluciones al sistema Documentación falsa No se tiene un pagare antes de la atención Debilidad en la negociación de contratos con aseguradoras	Pérdida económica para la institución Insatisfacción del usuario interno y externo No cumplimiento de obligaciones Pérdida de descuentos financieros Bloqueos de proveedores	Casi seguro	Mayor	EXTREMO	REDUCIR	Política de priorización de pagos Gestión de cartera Verificación por revisoría de cuentas	Resolución Plan de pagos Cierre y envío de facturas	Coordinadora Facturación Coordinadora de cartera Tesorera	Mensual	Capital de trabajo: Ingresos Corrientes- Pasivos corrientes	Fuerte	NO	Posible	Moderado	ALTO					
	80	Enviar extemporáneamente las facturas	Operativos	No se tiene en cuenta la programación de envío de facturas para las empresas. Falta de divulgación de procesos y procedimientos del área falta de control y desconocimiento	Pérdida económica para la institución	Casi seguro	Menor	ALTO	REDUCIR	Establecimiento de metas y verificación de las mismas	Informe facturación a gerencia	Coordinadora Facturación	Mensual	Proporción de facturas radicadas	Fuerte	NO	Posible	Menor	MODERADO					
	81	Robo forzoso	Financieros	Falta de medidas de seguridad Inadecuado medio de transporte para recolección de efectivo	Pérdida económica Pérdidas humanas	Rara vez	Menor	BAJO	ACEPTAR	Contrato con la Brinks para recolección de dinero	Contrato	Gerente	Annual	Proporción de robos materializados	Fuerte	NO	Rara vez	Menor	BAJO					
	82	Robo cibernético	Financieros	Ingreso a paginas web inseguras No cierre de sucursales bancarias virtuales Token en lugares inseguros Falta de personal idóneo Falta de ética	Pérdida económica	Rara vez	Catastrófico	EXTREMO	EVITAR	Acceso restringido a paginas web Custodia de token Seguimiento a normas de seguridad informática Seguros contra robo	Política de seguridad informática de la institución Contrato de seguros	Tesorero	Semestral	Proporción de robos materializados	Fuerte	NO	Rara vez	Moderado	MODERADO					
	RECURSOS FISICOS Y BIOMEDICOS	83	Favorecer la adquisición de proveedores específicos	De corrupción	Sesgo de intereses en los conceptos para direccionar compras	Investigaciones y sanciones disciplinarias Pérdida económica Adquisición de insumos no adecuados	Rara vez	Mayor	ALTO	EVITAR	Evaluación de proveedores Aplicación de requisitos para seleccionar proveedores Solicitud de cotizaciones para selección de proveedor a través de la plataforma OKA SYSTEM Seguimiento a las personas encargadas de la adquisición de insumos	Lista de chequeo de selección de proveedores Cotizaciones Informes de auditorías	Jefe de Compras Control interno	Trimestral	Proporción de hallazgos de auditorías	Fuerte	NO	Rara vez	Mayor	ALTO				
84		Recepcionar insumos que no cumplan con los requerimientos	Operativos	Falta de supervisión Cambio de personal No realización de revisión de insumos cuando llegan, o la revisión es realizada por una persona no idónea	Pérdida económica Reproceso para los servicios que requieran los insumos Demoras en la entrega de los insumos adecuados	Posible	Menor	MODERADO	REDUCIR	Solicitar aval por parte del personal adecuado previo a la adquisición de los insumos Contratación de personal adecuado para el desempeño de las funciones en compras Auditorías de proceso	Correo electrónico o informe escrito con concepto de insumos Informes de auditorías	Jefe de Compras Control interno	Trimestral	Proporción de hallazgos de auditorías	Fuerte	NO	Rara vez	Insignificante	BAJO					
85		Inoportunidad en la adquisición de los bienes y servicios requeridos por la institución	Operativos	Falta de planeación de compras Desorden en el proceso de compras El procedimiento de compras no se encuentra estandarizado Falta flujo de caja Incumplimiento por parte de los proveedores	Incumplimiento y demora en la entrega de bienes y servicios Insuficientes bienes e insumos para la prestación de los servicios Parálisis en la prestación de servicios	Probable	Mayor	EXTREMO	REDUCIR	Implementación de la plataforma OKA SYSTEM para solicitud de insumos teniendo en cuenta fechas de entrega Definición de máximos y mínimos en almacén y servicio farmacéutico Establecimiento de fechas para realizar pedidos de forma oportuna por parte de los servicios Verificación de rotación de insumos	Plataforma OKA SYSTEM Informe de máximos y mínimos Movimientos en Servinte	Jefe de Compras Almacén	Mensual	Proporción de pedidos no despachados o atrasados	Fuerte	NO	Improbable	Menor	BAJO					
86		Inventarios desactualizados	Operativos	No realizar inventarios periódicamente Falta parametrización y capacitación del software de activos fijos No contar con espacio locativo para almacenar los bienes muebles No reportar los activos dados de baja. Falta de seguridad en el almacenamiento de los activos fijos. No cumplimiento del procedimiento para la salida de activos fijos Inadecuada digitación de códigos de insumos No aplicación de mecanismos de control adecuados Falta de capacitación al personal del servicio en el manejo de inventarios	Pérdidas económicas para la institución. Sanciones de tipo legal para la institución Insatisfacción del usuario interno	Probable	Menor	ALTO	REDUCIR	Control de inventarios en el servicio	Registros de inventarios	Auxiliar de inventarios Auxiliar encargada del inventario del servicio	Annual	Proporción de inventarios realizados	Moderado	SI	Posible	Insignificante	BAJO					
87		Pérdida o daño de suministros, activos fijos o instrumental quirúrgico de la institución	Operativos	Falta de seguridad en el manejo de las llaves en lo servicios Mal manejo por parte del personal de los servicios Desuso del personal No cumplimiento del procedimiento para la salida de activos fijos Inadecuada digitación de códigos de insumos Hurto de los insumos	Pérdidas económicas para la institución. Sanciones de tipo legal para la institución Insatisfacción del usuario interno y externo Dejar de prestar del servicio al usuario	Probable	Moderado	ALTO	REDUCIR	Control de inventarios en el servicio Control en el manejo de las llaves de la institución Cobro de instrumental quirúrgico o del daño generado en el equipo al personal del servicio Valoración del daño del equipo por biomédicos	Registros de inventarios Planilla de préstamo de llaves Cartas de agremiación o recibos de caja Concepto técnico de los ingenieros biomédicos	Auxiliar de inventarios Auxiliar encargada del inventario del servicio Personal que manipula el equipo	Annual	Proporción de inventarios realizados	Fuerte	NO	Improbable	Insignificante	BAJO					
88		Inoportunidad en la calibración y mantenimiento de equipos biomédicos	Operativos	Insuficiente presupuesto para la calibración de equipos	Sanciones legales Insatisfacción del usuario externo Daños en los equipos Pérdidas económicas para la institución Deterioro en la imagen institucional	Posible	Moderado	ALTO	REDUCIR	Seguimiento de cronograma de mantenimiento de equipos	Informe de cumplimiento de mantenimientos	Ingeniero Equipos biomédicos	Annual	Proporción de mantenimientos ejecutados	Fuerte	NO	Rara vez	Insignificante	BAJO					

LOCALIZACIÓN		IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO					VALORACIÓN DEL RIESGO			TRATAMIENTO DEL RIESGO							LOS CONTROLES		DISMINUCIÓN DE PROBABILIDAD E IMPACTO		
Proceso	Nro.	Riesgo	Clasificación	Causas Vulnerabilidades	Consecuencias	Probabilidad	Impacto	Riesgo inherente	Opción de Manejo	Actividad de Control	Soporte	Responsable	Tiempo	Indicador	Solidez del conjunto de controles	Plan de acción para fortalecer	Probabilidad	Impacto	Riesgo Residual		
ADMINISTRACIÓN AMBIENTAL	89	Contaminación al medio ambiente y de las personas	Operativos	Inadecuado manejo, recolección, transporte y disposición final de los residuos sólidos hospitalarios Falta de capacitación del personal y la falta de insumos	Contaminación a los recursos aire, agua y suelo Deterioro de las instalaciones Lesiones leves lesiones incapacitantes y enfermedades infectocontagiosas No cumplimiento de la normatividad vigente	Improbable	Moderado	MODERADO	REDUCIR	Controles ambientales Plantillas de control de residuos Aforos de las entregas a los gestores externos de los residuos Certificados de disposición final Implementación de sticker para marcación de residuos y pertenencias de los pacientes	Registro controles ambientales Plantillas de control Aforos y certificados Sticker de marcación	Comité de Gestión Ambiental y Asesora Ambiental	Semestral	Proporción de impactos ambientales mitigados	Fuerte	NO	Rara vez	Insignificante	BAJO		
	90	Inadecuada clasificación de los residuos	De cumplimiento	Inadecuado manejo, recolección, transporte y disposición final de los residuos sólidos hospitalarios Falta de capacitación del personal e insuficientes insumos	Contaminación a los recursos aire, agua y suelo Deterioro de las instalaciones Lesiones leves lesiones incapacitantes y enfermedades infectocontagiosas No cumplimiento de la normatividad vigente	Probable	Moderado	ALTO	REDUCIR	Se realiza el seguimiento a la ejecución del plan de gestión y se realiza proceso de capacitación al personal y auditorías internas	Informe de seguimiento al plan de gestión integral de residuos que se presenta a las autoridades sanitarias anualmente e informes de auditorías internas Listados de asistencia a capacitación	Comité de Gestión Ambiental y Asesora Ambiental	Semestral	Proporción de cumplimiento de las actividades propuestas en el plan de gestión integral de residuos	Fuerte	NO	Improbable	Insignificante	BAJO		
	91	Falla en la planeación, mitigación y control de los impactos ambientales generados por la institución.	De cumplimiento	Desconocimiento por parte de los líderes de los procesos de no establecer controles oportunos y adecuados a los riesgos ambientales generados	Contaminación a los recursos aire, agua y suelo Deterioro de las instalaciones Lesiones leves Lesiones incapacitantes y enfermedades infectocontagiosas No cumplimiento de la normatividad vigente	Probable	Moderado	ALTO	REDUCIR	Backup de la información Seguimiento a la ejecución de las actividades planteadas en la matriz de impactos ambientales	Evaluación al plan operativo anual y documentos generados por el área para la mejora de los procesos	Comité de Gestión Ambiental y Asesora Ambiental	Semestral	Proporción de impactos ambientales mitigados	Fuerte	NO	Improbable	Insignificante	BAJO		
	92	Daños o pérdida de los aforos e informes a autoridades físicos y virtuales.	Operativos	Fallas en el proceso de conservación de la información Fallas en el lugar de almacenamiento	Posibles sanciones para la institución Fallas en el procedimiento de mejora continua	Rara vez	Mayor	ALTO	REDUCIR	Backup de la información del equipo de gestión ambiental Control en el Centro Administrativo de documentos	Tabla de retención documental Formato control de entrega de documentos por área Registro de backup	Asesora Ambiental y personal de la central de documentos Sistemas	Semestral	Proporción de actividades cumplidas	Fuerte	NO	Rara vez	Menor	BAJO		
	93	Falta de información para gestionar los riesgos ambientales e incumplimiento normativo	De cumplimiento	Inadecuado manejo y gestión de recursos naturales Falta de capacitación al personal	Contaminación a los recursos aire, agua y suelo Deterioro de las instalaciones Lesiones leves Lesiones incapacitantes y enfermedades laborales No cumplimiento de la normatividad vigente	Rara vez	Mayor	ALTO	REDUCIR	Backup del guipo de administración ambiental Capacitaciones en los diferentes manuales e instructivos del área dirigidas a todo el personal	Listados de capacitación Listas de chequeo Evaluación al plan operativo anual Informes de gestión mensuales	Comité de Gestión Ambiental y Asesora Ambiental	Semestral	Proporción de actividades cumplidas	Fuerte	NO	Rara vez	Moderado	MODERADO		
CONTROL INTERNO Y GESTIÓN	94	Falta de seguimiento oportuno a los planes de mejoramiento y reporte inadecuado de información	De cumplimiento	No oportunidad en la entrega de la información Desconocimiento por parte de los líderes Prioridad a actividades requeridas por entes de control Desconocimiento de los procesos institucionales Sobre carga de trabajo	No disponibilidad de información ante entes de control Sanciones Desviaciones graves en los procesos	Posible	Moderado	ALTO	EVITAR	Seguimiento a las fechas estimadas en los planes de mejoramiento y a sus acciones de mejora	Informes de Seguimiento	Asesor de Control Interno	mensual	Proporción de información de seguimiento a planes de mejoramiento reportada oportunamente	Fuerte	NO	Rara vez	Menor	BAJO		
	95	Trafico de influencias	De corrupción	Poder en los cargos públicos	Posibles sanciones administrativas, disciplinarias y penales	Posible	Mayor	EXTREMO	EVITAR	Realizar sensibilizaciones, conferencias, charlas sobre la ética pública	Listas de asistencia	Asesor de Control Interno	Acorde a la programación	Proporción de personas capacitadas	Moderado	SI	Posible	Moderado	ALTO		
	96	Planeación direccionada de una auditoría interna	De corrupción	Falta de control en el proceso	Informe final de auditoría incorrecto	Posible	Mayor	EXTREMO	EVITAR	Revisión y seguimiento periódico de la Planeación de las Auditorías Internas de Calidad y de Control Interno.	Listas de asistencia de la socialización y documentos de evaluación.	Asesor de Control Interno	Mensual	Informes finales de auditoría correctamente hechos	Fuerte	NO	Rara vez	Menor	BAJO		
	97	Extramitación en funciones o exceso de poder en las asesorías y acompañamientos	De corrupción	Poder en los cargos públicos	Posibles sanciones administrativas y disciplinarias	Posible	Mayor	EXTREMO	EVITAR	Realizar sensibilizaciones, conferencias, charlas sobre la ética pública y el manejo de personal	listados de asistencia y seguimientos a personal con personal a cargo	Asesor de Control Interno	Acorde a la programación	Proporción de personas capacitadas	Moderado	SI	Rara vez	Menor	BAJO		
	98	Falta de información solicitada a las dependencias para realizar las auditorías, las asesorías y el acompañamiento a las diferentes dependencias	Operativos	No entregar la información oportunamente para la realización de las auditorías	Informes de auditoría incompletos y sesgados de los datos	Posible	Mayor	EXTREMO	REDUCIR	No iniciar la auditoría de Calidad o de Control Interno sin la documentación completa exigida.	Formato de lista de chequeo	Asesor de Control Interno	Acorde a la programación	Verificación de lista de chequeo que este completa	Fuerte	NO	Rara vez	Insignificante	BAJO		
	99	Poco conocimiento de los riesgos administrativos por procesos	Estratégicos	Inadecuada valoración de los riesgos administrativos por procesos	Materialización de los riesgos administrativos	Posible	Mayor	EXTREMO	EVITAR	Capacitaciones continuas sobre el riesgo administrativo y fraude.	Listado de asistencia y evaluación del conocimiento de los riesgos administrativos	Asesor de Control Interno	Trimestral	Proporción de personas capacitadas	Fuerte	NO	Posible	Menor	MODERADO		
	100	Uso indebido de información	Seguridad digital	Debilidades en la custodia de la información	Mal manejo de la información para actos indebidos	Posible	Mayor	EXTREMO	EVITAR	Capacitaciones continuas sobre el uso indebido de la información	Documentación del procedimiento de custodia de la información	Asesor de Control Interno	Continuo	Tasa de actos de corrupción identificados	Fuerte	NO	Rara vez	Moderado	MODERADO		
	101	Poca cultura de autocontrol	Gerenciales	Deficiente capacitación del fomento de cultura del autocontrol	Disminución de la cultura del autocontrol en los procesos de la empresa	Posible	Moderado	ALTO	REDUCIR	Capacitaciones continuas sobre el autocontrol en los procesos.	Listado de asistencia y evaluación del conocimiento de la cultura del autocontrol	Asesor de Control Interno	Acorde a la programación	Proporción de personas capacitadas	Fuerte	NO	Posible	Menor	MODERADO		
	102	Incumplimiento en las tareas del MFG	Gerenciales	Tiempo insuficiente para el desarrollo de los componentes	Sanciones legales	Probable	Moderado	ALTO	REDUCIR	Seguimiento documentado a través de planes de mejoramiento y a las fechas programadas	Informes de seguimiento a planeación de actividades y tareas	Asesor de Control Interno Asesora de Calidad	Semanal	Proporción de tareas cumplidas	Moderado	SI	Posible	Menor	MODERADO		
	103	No respuesta a las PQRSF	Estratégicos	Falta de puntos de control Inadecuada comunicación	Investigaciones y sanciones disciplinarias	Posible	Menor	MODERADO	REDUCIR	Seguimiento PQRSF	Informe de PQRSF	Coordinadora atención al usuario	Trimestral	Oportunidad en la respuesta a PRSF	Fuerte	NO	Improbable	Menor	BAJO		
	104	Alteración o sesgos en los resultados de la aplicación de la encuesta de satisfacción	Estratégicos	Falta de puntos de control a la hora de recolección de los datos Aplicación de pocas encuestas	Resultados no acordes con la realidad institucional, lo que no permite una adecuada toma de decisiones Gestión de muestra confiable de acuerdo con lo establecido a nivel de estadística. Sanciones	Probable	Insignificante	MODERADO	REDUCIR	Designar a un colaborador que no pertenezca al servicio para que se encargue de la recolección de los datos Calcular una muestra confiable de acuerdo con lo establecido a nivel de estadística	Documentación del procedimiento de SAU	Coordinadora atención al usuario	Mensual	Proporción de usuarios satisfechos	Fuerte	NO	Improbable	Insignificante	BAJO		
	105	Inadecuada administración de eventos adversos	Estratégicos	Falta de compromiso del personal Falta de conocimiento del manual de eventos adversos por parte de los funcionarios	Incumplimiento de la normatividad Insatisfacción del usuario interno y externo Incumplimiento de los indicadores de calidad	Probable	Moderado	ALTO	REDUCIR	Seguimiento en comité de seguridad del paciente y a través de la plataforma SEGUPA	Actas comité de seguridad del paciente Informes plataforma SEGUPA	Lider de Seguridad del Paciente	Mensual	Proporción de gestión de eventos adversos	Fuerte	NO	Improbable	Insignificante	BAJO		

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO					VALORACIÓN DEL RIESGO			TRATAMIENTO DEL RIESGO							LOS CONTROLES		DISMINUCIÓN DE PROBABILIDAD E IMPACTO		
Proceso	Nro.	Riesgo	Clasificación	Causas Vulnerabilidades	Consecuencias	Probabilidad	Impacto	Riesgo inherente	Opción de Manejo	Actividad de Control	Soporte	Responsable	Tiempo	Indicador	Solidez del conjunto de controles	Plan de acción para fortalecer	Probabilidad	Impacto	Riesgo Residual
Total Riesgos	Estratégicos		11			Riesgo inherente						Proporción de riesgos en zona de riesgo alta o extrema			16%	Riesgo residual			
	Gerenciales		4			Riesgos Extremos		23				Controles con necesidad plan de mejora			16	Riesgos Extremos		3	
	Operativos		58			Riesgos Altos		62				Controles con diseño débil			7	Riesgos Altos		14	
	Financieros		7			Riesgos Moderados		13								Riesgos Moderados		20	
	Tecnológicos		1			Riesgos Bajos		7								Riesgos Bajos		68	
	De cumplimiento		10			TOTAL		105									TOTAL		105
	De imagen		2																
	De corrupción		10																
	Seguridad digital		2																



Desde la oficina de Calidad y Planeación se direcciono la actualización del Mapa de Riesgos del 2021 mediante un trabajo con conjunto con los líderes de los procesos y procedimientos, se revisaron los riesgos identificados dejando los mas relevantes frente a la gestión de riesgos, se valoraron, definieron o mejoraron los controles y se identifico el riesgo inherente. Disminuyeron los riesgos de zona extrema de 23,2% a 3.3% y los de zona alta de 62.5% a 14.1%.

CYNTHIA T. MDGOOLÓN JAIMES

