

MAPA DE RIESGOS 2016 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

PROCESO:		DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO										
OBJETIVO:		Realizar la orientación adecuada de los recursos financieros, humanos y técnicos del Hospital para el logro de los planes, programas y proyectos; a fin de satisfacer las necesidades de nuestros usuarios.										
RIESGO	CALIFICACION		EVALUACION RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACION		NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR	PLAZO
	PROBABILIDAD	IMPACTO			PROBABILIDAD	IMPACTO						
La estandarización de procesos, no es conocida o no es clara para todo el personal y grupos de interés de la ESE	4	4	Extremo	Procedimiento de control de documentos. Caracterizaciones de proceso. Socialización de Procesos y Procedimientos	3	3	Alto	Reducir el riesgo.	Socializar el procedimiento de control de documentos. Desplegar el proceso de direccionamiento estratégico de la institución al Equipo Directivo y todo el personal de la institución.	Oficina de Planeación y Calidad	No. De Caracterizaciones elaboradas y socializadas / No. De procesos institucionales.	Jun-16
Seguimiento inadecuado a los planes operativos que no permite evaluar el cumplimiento de las políticas corporativas y los objetivos institucionales.	3	4	Extremo	Seguimiento Trimestral a los POAS por proceso y el POA institucional. Procedimiento de elaboración de POAp	2	3	Moderado	Evitar el riesgo.	Evaluar el proceso de Direccionamiento estratégico de la institución para evidenciar el cumplimiento de los propósitos institucionales.	Oficina de Planeación y Calidad	No. De POAs evaluados / No. De procesos de la ESE	Jul-16
Falta de medición de la gestión de los procesos que configuran el modelo de operación de la ESE.	3	5	Extremo	Ficha de seguimiento de indicadores	3	4	Extremo	Evitar el riesgo.	Definir los indicadores de los procesos que conforman el mapa de procesos de la ESE con sus respectivas fichas de indicador	Oficina de Planeación y Calidad, Líderes de Proceso	No de procesos con indicadores definidos/ No de Procesos de la ESE	Dec-16
Falta de compromiso por parte de los cargos directivos frente a la implementación del Sistema Integrado de Gestión	2	5	Extremo	Políticas y actos administrativos suscritos señalando el compromiso de la alta dirección en la implementación de los sistemas de calidad. Celebración de comités como órganos asesores de la dirección. Sensibilización a todo el personal de la ESE frente a la importancia de la implementación del Sistema Integrado de Gestión.	2	4	Alto	Compartir el Riesgo	Continuar con la sensibilización a todo el personal de la ESE frente a la importancia de la implementación del Sistema Integrado de Gestión.	Oficina de Planeación y Calidad, Líderes de Proceso	INDICE: se realizaron capacitaciones y sensibilizaciones en temas del SIG-HMGY como mínimo de forma trimestral. Si o no.	Dec-16
Proyectos elaborados que no logran financiación efectiva	5	4	Extremo	Presentación de proyectos a varios entes que posiblemente permitan la financiación de los mismos	4	4	Extremo	Compartir el Riesgo	Presentación de proyectos con apoyo de la Secretaría Departamental de Salud	Oficina de Planeación y Calidad. Gerencia	Proyectos presentados a la Secretaría Departamental de Salud	Dec-16

MAPA DE RIESGOS 2016 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

PROCESO:		GESTION DE SERVICIOS DE SALUD EN AMBULATORIOS										
OBJETIVO:		Garantizar la atención oportuna y pertinente a los usuarios que demanden los servicios de consulta externa dando cumplimiento a los requisitos de ley, institucionales y del										
RIESGO	CALIFICACION		EVALUACION RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACION		NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR	PLAZO
	PROBABILIDAD	IMPACTO			PROBABILIDAD	IMPACTO						
Atención inoportuna frente a los estándares establecidos para cada servicio.	4	4	Extrema	Medición de inasistencia y la producción de los profesionales para sobreasignar Realizar seguimiento diario al estado de la oportunidad. Verificación de disponibilidad de capacidad instalada.	2	2	Bajo	Reducir y evitar el riesgo	Realizar la medición de la oportunidad de manera mensual	Subgerencia Comunitaria(Centros y Puestos salud) - Coordinación Odontología y Consulta Externa	Sumatoria de días desde que se solicita la cita hasta cuando es asignada la cita/ sumatoria de pacientes atendidos en el periodo	Mensual
									Reducir y evitar el riesgo			
Atención del paciente equivocado	4	5	Extremo	Realizar confirmación del paciente a través del llamado por su nombre. Guión de presentación al usuario.	4	5	Extremo	Reducir y evitar el riesgo	Realizar y socializar el guion de bienvenida a los pacientes y el guión de salida.	Subgerencia Comunitaria(Centros y Puestos salud) - Coordinación Odontología y Consulta Externa	Guion codificado y socializado.Si o NO	Mensual
									Realizar seguimiento y adherencia del guión entre los profesionales a través de las encuestas de satisfacción del usuario.			
Barreras Administrativas de acceso	5	3	Extremo	Solicitud y programación de digiturno	5	3	Extremo	Evitar el riesgo	Reprogramar el digiturno. Enfocado a la atención normal y a la atención preferencial.	Coordinación de Consulta Externa - Subgerencia Administrativa	Digiturno apropiado para atención preferencial.	Mensual
									Señalar la atención preferencial. (Embarazadas, Adulto Mayor, Discapacitados)	Subgerencia Comunitaria(Centros y Puestos salud) - Coordinación Odontología y Consulta Externa	Puntos de Facturación con señalización/ puntos de facturación	

MAPA DE RIESGOS 2016 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

				Orientación en filas y salas de espera					Reentrenar y reubicar una orientadora(SIAU) en todas las salas de espera con mayor demanda de pacientes	Subgerencia Comunitaria(Centros y Puestos salud) - Coordinación Odontología y Consulta Externa-SIAU	Numero de personas reentrenadas en atención al usuario.	
No adherencia de guías de práctica clínica definidas para los procesos	5	5	Extremo	Actas de socialización de guías.	4	4	Extremo	Reducir el riesgo	Realizar la socialización periódica de guías definidas para los procesos a los profesionales nuevos y antiguos de la institución	Subgerencia Comunitaria(Centros y Puestos salud) - Coordinación Odontología y Consulta Externa	N° de guías socializadas / N° total de guías a socializar	Trimestral
				Auditorías Internas de Adherencia a Guías					Realizar auditorías internas y evaluación de guías de práctica clínica.	Subgerencia Comunitaria(Centros y Puestos salud) - Coordinación Odontología y Consulta Externa	N° de guías auditorías realizadas / N° total de auditorías programadas	Semestral
Inadecuado diligenciamiento en la historia Clínica tanto física como magnética	5	4	Extremo	Parametrización de la Historia Clínica sistematizada.	4	3	Alta	Evitar el riesgo	adecuado de la Historia Clínica Física y Sistematizada	Subgerencia Comunitaria(Centros y Puestos salud) -	N° de guías auditorías realizadas / N° total de auditorías	Semestral
Tráfico de influencias	5	3	Extremo	Puntos control en procedimientos de facturación y SIAU	5	3	extremo	Evitar el riesgo	Socializar el código de ética Institucional	Subgerencia Comunitaria(Centros y Puestos salud) - Coordinación Odontología y Consulta Externa-SIAU	Número de funcionarios capacitados/total de funcionarios área	Mensual
									Realizar seguimiento a las quejas y reclamos en SIAU, Facturación, consulta externa, odontología y en los centros y puestos de salud asociadas a tráfico de influencias.	Subgerencia Comunitaria(Centros y Puestos salud) - Coordinación Odontología y Consulta Externa-SIAU	Numero de quejas y reclamos asociados a tráfico de influencias/ Numero de quejas y reclamos en el periodo	Mensual

PROCESO:		GESTION DE SERVICIOS DE SALUD EN URGENCIAS										
OBJETIVO:		Brindar atención integral en urgencias, con la máxima seguridad y nivel de satisfacción a los usuarios, de acuerdo a sus necesidades.										
RIESGO	CALIFICACION		EVALUACION RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACION			OPCIONES MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR	PLAZO
	PROBABILIDAD	IMPACTO			PROBABILIDAD	IMPACTO	NUEVA EVALUACION					
No permitir el ingreso de pacientes que demanden la atención al servicio de urgencias	3	3	Alta	Bitacora de seguridad Libro de registro de enfermería Registro de paciente en dinámica gerencial.	2	2	Bajo	Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir	Revisar de manera mensual la coincidencia de las bitacoras con los registros de pacientes en dinámica gerencial	Coordinación de urgencias.	Realizar cruce de bitacoras con registro de pacientes en dinámica gerencial. SI o NO	mensual

MAPA DE RIESGOS 2016 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Clasificación inadecuada de paciente en TRIAGE	4	4	Extremo	Protocolo de clasificación de Triage Formato de triage.	3	3	Alto	Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir	Capacitación y entrenamiento en protocolo de Clasificación de TRIAGE a personal nuevo y antiguo.	Subgerencia Científica - coordinación de urgencias	Personal que fue capacitado en el protocolo/ Total de Personal que hace valoración de triage	Trimestral
Atención del paciente equivocado	4	5	Extremo	Realizar confirmación del paciente a través del llamado por su nombre. Guión de presentación al usuario.	4	5	Extremo	Reducir y evitar el riesgo	Realizar y socializar al personal el guion de bienvenida a los pacientes	Coordinación de urgencias.	Guion codificado y socializado. Si o NO	Mensual
									Realizar seguimiento y adherencia del guión entre los profesionales a través de las encuestas de satisfacción del usuario.	Coordinación de urgencias.	(cuantificar en la encuesta de satisfacción el punto donde se mida si el profesional saludo, se presento y verifico nombre del paciente)	
No identificación oportuna de pacientes graves en salas de espera.	4	5	Extremo	Dar información al usuario en salas de espera de urgencias donde se indique aspectos de oportunidad del servicio y se indague si cambio la condición del paciente.	3	5	Extremo	Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir	Establecer como política institucional el protocolo de información al usuario y dejar el registro de la visita de inspección a las salas de espera.	Coordinación de urgencias.	Registro de la visita de inspección diaria	Mensual
Seguridad: ocurrencia de eventos adversos (ulceras por presión)	5	3	Extremo	Protocolo de prevención de úlceras por presión. Identificación y diligenciamiento de formatos de cuidados y estado de la piel al ingreso del paciente. Entrega de turnos por jornada.	5	3	Extremo	Reducir y evitar el riesgo.	Continuar con la socialización de la guía de prevención de úlceras por presión al personal asistencial	Lider de enfermería.	No. De personal capacitado del área de hospitalización / No. Total De personal a capacitar en hospitalización	Mensual
								Reducir y evitar el riesgo.	Evaluación de la adherencia a la guía de prevención de úlceras por presión	Lider auditor de enfermería.	Elaborar el Instrumento de evaluación de la guía para el personal asistencial. Si o NO	Abril 2016. Semestral
								Reducir y evitar el riesgo.	Seguimiento al diligenciamiento del formato para cada paciente.	Lider de enfermería.	No. De pacientes con aplicación de la escala de riesgos / Total de pacientes que ingresaron al servicio	mensual
								Reducir y evitar el riesgo.	análisis y evaluación de eventos adversos (úlceras por presión)	Coordinación de Urgencias, Lider Seguridad del paciente y Lider de enfermería.	Total de pacientes que presentaron evento adverso./ No. De pacientes con aplicación de la escala de riesgos	Mensual

MAPA DE RIESGOS 2016 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Seguridad: ocurrencia de eventos adversos (caídas de pacientes)	5	5	Extremo	Guia de prevención del riesgo de caídas. Formato de evaluación del riesgo de caídas. Gestiones para contar con mobiliario adecuado para evitar caídas.	4	4	Extremo	Reducir y evitar el riesgo.	Evaluación de la adherencia a la guía de guía de prevención de caída de pacientes	Lider auditor de enfermería.	Realizar instrumento de evaluación de la guía para el personal asistencial. SI o NO	Abril 2016. Semestral
								Reducir y evitar el riesgo.	Continuar con la socialización de la guía de prevención de riesgo de caídas	Lider de enfermería.	No. De personal capacitado del área de hospitalización / No. Total De personal a capacitar en hospitalización	Mensual
								Reducir y evitar el riesgo.	Análisis y evaluación de eventos adversos (caídas de paciente)	Lider Seguridad del paciente. Lider de enfermería	No. De pacientes con aplicación del formato de evaluación del riesgo de caídas / Total de pacientes que requieran la aplicación del formato.	Mensual
Reingresos menores a 72 horas por la misma causa.	5	2	Alto	Medición de los pacientes que reingresaron en un periodo.	3	2	Alto	Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir	Evaluar la comprensión de la información a través de la encuesta de satisfacción.	Coordinador de urgencias / SIAU	Cuantificar en las encuestas de satisfacción si los pacientes con reingreso entienden las recomendaciones y/o tratamiento.	Mensual
									Realizar la identificación de los reingresos menores a 72 horas por la misma causa.	Coordinador de urgencias	Registro de notificación mensual de los reingresos menores de 72 horas a la oficina de Planeación y Calidad. Si o NO	Mensual
									Socializar el código de ética Institucional	Subgerencia Comunitaria(Centros y Puestos salud) - Coordinación Odontología y Consulta Externa-SIAU	Número de funcionarios capacitados/total de funcionarios área	Mensual

MAPA DE RIESGOS 2016 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Trafico de influencias	5	3	Extremo	Puntos control en procedimientos de facturación y SIAU	5	3	extremo	Evitar el riesgo	Realizar seguimiento a las quejas y reclamos en SIAU, Facturación, consulta externa, odontología y en los centros y puestos de salud asociadas a trafico de influencias.	Subgerencia Comunitaria(Centros y Puestos salud) - Coordinación Odontología y Consulta Externa-SIAU	Numero de quejas y reclamos asociados a trafico de influencias/ Numero de quejas y reclamos en el periodo	Mensual
------------------------	---	---	---------	--	---	---	---------	------------------	--	---	--	---------

GESTION DE SERVICIOS DE SALUD EN QUIRURGICOS												
Brindar atención integral intra hospitalaria con la máxima seguridad y nivel de satisfacción a los usuarios de acuerdo con su necesidad.												
RIESGO	CALIFICACION		EVALUACION RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACION		NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR	PLAZO
	PROBABILIDAD	IMPACTO			PROBABILIDAD	IMPACTO						
SEGURIDAD: No identificación de pacientes	5	3	Extremo	Protocolo de identificación de pacientes. Verificación de colocación de la manilla de Identificación al ingreso del paciente. Lista de chequeo de ronda diaria de seguridad del paciente. Identificación de pacientes y recién nacidos con las manillas por colores estandarizadas en el protocolo de la Institución.	4	3	Alta	Reducir y evitar el riesgo.	Continuar con la socialización del Protocolo de identificación de pacientes al personal asistencial	Lider de seguridad del paciente	No. De personal capacitado del area de cirugía / No. Total De personal a capacitar en cirugía	Mensual
								Reducir y evitar el riesgo.	Evaluación de la adherencia al Protocolo de identificación de pacientes	Lider auditor de enfermeria.	Instrumento de evaluacion de la guia para el personal asistencial, .	Semestral
								Reducir y evitar el riesgo.	Verificación de cumplimiento mediante la aplicación de lista de chequeo durante las rondas de seguridad del paciente	Lider de seguridad del paciente	N° de pacientes con manilla de identificación / Total de pacientes egresados del servicio de salas de cirugía	Mensual
								Reducir y evitar el riesgo.	análisis y evaluación de eventos adversos (No identificación de pacientes)	Coordinación de Salas de cirugía) Lider Seguridad del paciente	N° de pacientes que presentaron evento adverso / Total de pacientes egresados del servicio de salas de cirugía	Mensual
				Guia de prevención del riesgo				Reducir y evitar el riesgo.	Evaluación de la adherencia a la guía de guía de prevención de caída de pacientes	Lider auditor de enfermeria.	Instrumento de evaluacion de la guia para el personal asistencial,	Semestral

MAPA DE RIESGOS 2016 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Seguridad: ocurrencia de eventos adversos (caídas de pacientes)	5	5	Extremo	de caídas.	4	4	Extremo	Reducir y evitar el riesgo.	Continuar con la socialización de la guía de prevención de riesgo de caídas	Lider de seguridad del paciente	No. De personal capacitado del área de cirugía / No. Total De personal a capacitar en salas de cirugía	Mensual
				Formato de evaluación del riesgo de caídas. Gestiones para contar con mobiliario adecuado para evitar caídas.				Reducir y evitar el riesgo.	Análisis y evaluación de eventos adversos (caídas de paciente)	Lider Seguridad del paciente. Coordinación de salas de cirugía	No. De pacientes con aplicación del formato de evaluación del riesgo de caídas / Total de pacientes que requieran la	Mensual
SEGURIDAD: Equivocaciones de pacientes o de sitio quirúrgico (demarkación de sitio quirúrgico)	5	5	Extremo	Lista de chequeo para seguridad quirúrgica del paciente que contemp'la tres momentos: 1. Antes de la inducción de la anestesia 2. Antes de la incisión cutánea (pausa quirúrgica) 3. Antes de la salida del quirófano.	4	4	Extremo	Reducir y evitar el riesgo.	Aplicación de la lista de chequeo de seguridad quirúrgica del paciente en los tres momentos del procedimiento quirúrgico	Personal de Enfermería, Especialistas, Instrumentadoras Coordinadora de Salas de Cirugía.	Total de listas de chequeo aplicadas / Total de pacientes que egresan del servicio quirúrgico *100	Mensual
SEGURIDAD: No disponibilidad de equipos o materiales necesario para los procedimientos								Reducir y evitar el riesgo.				
SEGURIDAD: Posibles quemaduras de pacientes con el electrobisturí								Reducir y evitar el riesgo.				

PROCESO: GESTION DE SERVICIOS DE SALUD EN HOSPITALIZACION												
OBJETIVO: Brindar atención integral intra hospitalaria con la máxima seguridad y nivel de satisfacción a los usuarios de acuerdo con su necesidad.												
RIESGO	CALIFICACION		EVALUACION RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACION			OPCIONES MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR	PLAZO
	PROBABILIDAD	IMPACTO			PROBABILIDAD	IMPACTO	NUEVA EVALUACION					
Seguridad: ocurrencia de eventos adversos (ulceras por presión)	5	3	Extremo	Protocolo de prevención de úlceras por presión. Identificación y diligenciamiento de formatos de cuidados y estado de la piel al ingreso del paciente. Entrega de turnos por jornada.	5	3	Extremo	Reducir y evitar el riesgo.	Continuar con la socialización de la guía de prevención de úlceras por presión al personal asistencial	Lider de enfermería.	No. De personal capacitado del área de hospitalización / No. Total De personal a capacitar en hospitalización	Mensual
								Reducir y evitar el riesgo.	Evaluación de la adherencia a la guía de prevención de úlceras por presión	Lider auditor de enfermería.	Instrumento de evaluación de la guía para el personal asistencial.	Abril 2016. Semestral
								Reducir y evitar el riesgo.	Seguimiento al diligenciamiento del formato para cada paciente.	Lider de enfermería.	No. De pacientes con aplicación de la escala de riesgos / Total de pacientes que ingresaron al servicio	mensual

MAPA DE RIESGOS 2016 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

								Reducir y evitar el riesgo.	análisis y evaluación de eventos adversos (ulceras por presión)	Lider Seguridad del paciente y Lider de enfermería.	Total de pacientes que presentaron evento adverso./ No. De pacientes con aplicación de la escala de riesgos.	Mensual
Seguridad: ocurrencia de eventos adversos (caídas de pacientes)	5	5	Extremo	Guía de prevención del riesgo de caídas. Formato de evaluación del riesgo de caídas. Gestiones para contar con mobiliario adecuado para evitar caídas.	4	4	Extremo	Reducir y evitar el riesgo.	Evaluación de la adherencia a la guía de guía de prevención de caída de pacientes	Lider auditor de enfermería.	Instrumento de evaluación de la guía para el personal asistencial.	Abril 2016. Semestral
								Reducir y evitar el riesgo.	Continuar con la socialización de la guía de prevención de riesgo de caídas	Lider de enfermería.	No. De personal capacitado del área de hospitalización / No. Total De personal a capacitar en hospitalización	Mensual
								Reducir y evitar el riesgo.	Análisis y evaluación de eventos adversos (caídas de paciente)	Lider Seguridad del paciente. Lider de enfermería	No. De pacientes con aplicación del formato de evaluación del riesgo de caídas / Total de pacientes que requieran la aplicación del formato.	Mensual
Seguridad evolución de paciente en historia clínica equivocada (de otro usuario)	5	3	EXTR EMO	Verificación del Número de identificación al momento de diligenciar la historia clínica	5	3	EXTRE MO	Reducir y evitar el riesgo.	Realizar solicitud a sistemas para parametrizar alertas que permitan identificar el profesional o funcionario correcto según clave y paciente correcto antes de realizar apertura y/o cierre de la historia clínica.	Coordinación de Hospitalización.	Solicitud realizada a sistemas.	3 de Marzo de 2016.

GESTION DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO												
OBJETIVO: Prestar servicios asistenciales de diagnóstico, terapéuticos, habilitación y de rehabilitación a todos nuestros usuarios.												
RIESGO	CALIFICACION		EVALUACION RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACION		NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR	PLAZO
	PROBABILIDAD	IMPACTO			PROBABILIDAD	IMPACTO						
RESULTADOS INOPORTUNOS A PACIENTES DEL SERVICIO DE URGENCIAS	5	2	Alto	Seguimiento en el sistema LABCORE para monitorear oportunidad en la entrega de resultados. Libro de entrega de turno.	3	1	Bajo	Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir	SEGUIMIENTO DIARIO AL CONTROL DE OPORTUNIDAD - INFORMACION DE LABCORE	COORDINACION DE LABORATORIO	Realizar seguimiento en el sistema SI / NO	MENSUAL

MAPA DE RIESGOS 2016 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

TOMA DE MUESTRA EN PACIENTE EQUIVOCADO.	5	5	EXTR EMO	Rechazo de muestra no conforme. MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS. Capacitación en el manual de toma de muestras.	3	3	Alto	Reducir el riesgo.	Continuar con la socialización del manual de toma de muestras al personal de laboratorio y enfermería.	COORDINACION DE LABORATORIO	No. DE SOCIALIZACIONES REALIZADAS / No. DE SOCIALIZACIONES PROGRAMADAS * 100	Mensual
Entrega de resultados a paciente equivocado	2	3	Mod erado	Impresión de reporte al momento de entrega con cruce de documento de identificación u autorización.	1	2	Bajo	Minimizar	Realizar seguimiento a la entrega de resultados	COORDINACION DE LABORATORIO	No. De resultados entregados a paciente equivocado	Mensual
COMPLICACIONES EN EL PROCEDIMIENTO DE LA TOMA DE MUESTRAS Y	5	2	Alto	Formato de reacciones adversas a la toma de muestras. MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS.	4	1	Moderado	Reducir el riesgo.	REALIZAR JORNADAS DE INDUCCION Y REINDUCCION ENFOCADAS AL PROCEDIMIENTO DE TOMA DE MUESTRAS.	COORDINACION DE LABORATORIO	No. DE JORNADAS DE CAPACITACION REALIZADAS / No. DE	MENSUAL
Adquirir medicamentos y dispositivos médicos sin evaluación técnica durante el proceso de selección	1	4	Alto	Procedimiento para la selección y adquisición de medicamentos y dispositivos médicos	1	3	Moderado	Reducir	* Solicitar junto con la cotización de medicamentos o dispositivos médicos no incluidos dentro del contrato el registro sanitario y evaluar las condiciones técnicas del producto antes del suministro	Químico farmacéutico	No. De evaluaciones técnicas de medicamentos y dispositivos médicos realizadas/No de contrataciones realizadas	Cada vez que se realice proceso de contratación de medicamentos y/o dispositivos médicos
Desabastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos	3	5	Extremo	* Establecer junto con el proveedor el plan de acción en caso de faltantes de medicamentos o dispositivos médicos. * Presentar oportunamente el pedido o solicitud de medicamentos y dispositivos médicos	2	4	Alto	Minimizar	Recibir del proveedor carta certificando el desabastecimiento y las opciones terapéuticas para el caso.	Químico farmacéutico	No de medicamentos o insumos que presenten desabastecimiento durante cada semestre	Semestral
Contar con un medicamento o dispositivo médico vencido	3	4	EXTREMO	* Protocolo de recepción técnica de medicamentos y dispositivos médicos cada vez que ingresan a la farmacia. * Procedimiento de almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos y control de fechas de vencimiento * Protocolo de control de condiciones ambientales * Procedimiento de devolución de medicamentos y dispositivos médicos no utilizados en servicios * Protocolo para manejo de medicamentos y dispositivos médicos vencidos y en mal estado	1	4	Mayor	Reducir el riesgo	* Realizar una verificación trimestral de los medicamentos vencidos y próximos a vencer * Evaluar adherencia al Procedimiento de almacenamiento (control de fechas de vencimiento) y control de condiciones ambientales	Subgerencia Científica - Química Farmacéutica	Número de medicamentos con fechas de vencimiento menores a tres meses / Numero de medicamentos verificados	Trimestral

MAPA DE RIESGOS 2016 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

PROCESO:		ENLACE CON EL USUARIO, FAMILIA Y COMUNIDAD										
OBJETIVO:		Velar por la no vulneración de los derechos de los usuarios, brindar orientación e información oportuna y eficaz y propender por el mejoramiento continuo de los todos los servicios misionales, así como mantener informada a la alta dirección sobre la satisfacción de los usuarios, familia y de la comunidad.										
RIESGO	CALIFICACION		EVALUACION RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACION		NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR	PLAZO
	PROBABILIDAD	IMPACTO			PROBABILIDAD	IMPACTO						
Conflictos y agresiones por parte de los usuarios al personal institucional por fallas en los procesos.	5	5	Extremo	Se realiza revista entre trabajo social y facturación de forma diaria para identificar de manera preventiva posibles conflictos o fallas en la prestación de los servicios.	5	5	Extremo	Reducir y evitar el riesgo.	Documentar y socializar la revista de identificación de necesidades de los pacientes.	Subgerencias y líderes de los diferentes procesos institucionales	Documentarla revista. Si o NO	Mayo de 2016
Información inadecuada que se le suministra al usuario	5	5	Extremo	Se cuenta con un manual del usuario. Se cuenta con un portafolio de servicios. Se cuenta con personas para orientación en filas.	5	5	Extremo	Evitar el riesgo.	Asignar equipos de computo requeridos según las necesidades del proceso.	Subgerencia administrativa.	No. De equipos de computo asignados / No. De equipos requeridos	Abril de 2016
Extralimitación de funciones de los espacios de participación.	5	5	Extremo	Aplicabilidad de la normatividad en los espacios de participación: Asociación de Usuarios y veedurías.	5	5	Extremo	Reducir el riesgo.	Socializar y capacitar a la Asociación de Usuarios frente al alcance de sus funciones en los diferentes procesos institucionales.	SIAU, Trabajo Social y Coordinadores de Área.	No. De miembros de la asociación de usuarios y veedores capacitados/ total de miembros activos de asociación de usuarios y veedores	Junio de 2016
Conflictos y agresiones de los usuarios al recurso humano de Trabajo social por pago correspondiente a la prestación de servicios	5	5	Extremo	Identificación y definición de las líneas del pagador desde el inicio de hospitalización del paciente.	5	5	Extremo	Evitar el riesgo.	Cargue diario de los servicios prestados al usuario. Información al usuario y la familia de los gastos de hospitalización o atención,	Facturación SIAU, Trabajo social	Node facturas diarias cargadas/Total de pacientes Hospitalizados	Julio de 2016

PROCESO:		GESTION DE RECURSOS FINANCIEROS										
OBJETIVO:		Garantizar el manejo adecuado de los ingresos y gastos de la institución y obtener información financiera eficiente para la toma de decisiones en la ESE Hospital Mario										
RIESGO	CALIFICACION		EVALUACION RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACION		NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR	PLAZO
	PROBABILIDAD	IMPACTO			PROBABILIDAD	IMPACTO						
				1. Seguimiento a socializaciones de actualización y reinducción de matriz de contratación con ERP.					1. Socializar a los trabajadores de facturación los cambios de la a matriz de contratación con ERP como mínimo una vez al mes.	Líder de mercadeo	1. (Trabajadores socializados / trabajadores del área de facturación)*100	

MAPA DE RIESGOS 2016 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Desconocimiento de la matriz de contratación institucional por parte del personal de facturación	3	4	ALTA	2.Herramienta de acceso a la matriz de contratación con ERP en la intranet	2	3	MODERADA	Asumir y/o reducir el riesgo	<p>2.1. Solicitar al área de sistemas la creación de un link de acceso a la matriz de contratación con ERP.</p> <p>2.2. Instruir al Líder de mercadeo acerca de la manera de mantener actualizada la intranet.</p> <p>2.3. Actualizar matriz en la intranet cada vez que sea necesario.</p> <p>2.4. Una vez se encuentre con la matriz de contratación actualizada y disponible en la intranet, incluir la información de manejo de la misma en la socialización que se realice a facturación</p>	Líder de mercadeo. Sistemas	2.(Actualizaciones de la matriz de contratación en la intranet/ Actualizaciones de la matriz de contratación)*100	Dec-16
Desconocimiento de motivos de objeciones presentadas por las diferentes ERP	3	4	EXTREMA	Seguimiento a la socialización de hallazgos referentes a las objeciones presentadas por las diferentes	2	3	MODERADA	Asumir y/o reducir el riesgo	<p>1. Revisar la facturas que presenten objeciones por parte de las diferentes ERP.</p> <p>2. Discriminar la cantidad de facturas por causa de objeción, separando los hallazgos asistenciales de los administrativos .</p> <p>3.Preparar socialización a las áreas administrativas en forma clara y concreta, de tal manera que se indique no solo el hallazgo sino la manera de corregirlo y no recaer en él.</p> <p>4. Socializar hallazgos administrativos al</p>	Coordinador de Auditoría de cuentas medicas	<p>1. Hallazgos socializados asistenciales/hallazgos presentados asistenciales * 100</p> <p>2. Hallazgos socializados administrativos/hallazgos presentados administrativos * 100</p>	Dec-16
Inconsistencia de información contable suministrada por las diferentes áreas	3	3	ALTA	Seguimiento de la información contable desde las diferentes áreas	1	3	BAJA	Asumir y/o reducir el riesgo	<p>1. Reunir a los coordinadores de Cartera, Facturación y Contabilidad con el fin de establecer fechas y parámetros de conciliación entre las áreas en mención.</p> <p>2. Realizar conciliaciones de información por parte de las dependencias de Cartera, Facturación y Contabilidad dejando soportes de las conciliaciones y justificaciones de las diferencias entre los valores entrega</p>	Coordinadores de Cartera, Facturación y Contabilidad	(Conciliaciones ejecutadas / Conciliaciones programadas) *100	Dec-16

MAPA DE RIESGOS 2016 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

No realizar depuración de la cartera de la ESE	4	4	EXTREMA	<p>1. Seguimiento al recaudo de cartera.</p> <p>2. Depuración de cartera anterior al 2015</p>	2	3	MODERADA	Asumir y/o reducir el riesgo	<p>1.1. Priorizar cruces de cartera con las principales entidades para el cruce de cartera (identificación y solicitud de pagos, glosas pendientes,) y conciliación de auditoría médica.</p> <p>1.2. Establecer agendas con las ERP, con el fin de establecer estados de Cartera actualizados</p> <p>1.3. Adelantar suscripción de actas de cruce de cartera con las ERP.</p> <p>1.4. Realimentar las áreas involucradas en el proceso con el fin de contar con información actualizada en todas las áreas (Auditoría de cuentas médicas - Facturación).</p>	Coordinador área Cartera - Auditoría Médica	(Citas Cumplidas/Citas programadas)*100	Dec-16
2.Normalizar la cartera Anterior al 2015												(Cartera anterior al 2015 normalizada / Cartera anterior al 2015)
Falta de cobro de los servicios prestados	3	4	EXTREMA	Informes de Servicios Facturados con relación a los servicios prestados, con conclusiones y recomendaciones sobre los resultados.	2	2	BAJA	Asumir y/o reducir el riesgo	Establecer medios de control de los diferentes servicios, con el fin de determinar la cantidad de servicios prestados, con relación a los presentados directamente en la base de producción, es decir los facturados.	Líderes de procesos asistenciales y coordinador de facturación	(Servicios Facturados / Servicios prestados)*100	Dec-16
Posible Deterioro patrimonial por objeciones realizadas por las E.R.P por causas administrativas	3	4	EXTREMA	Seguimiento a la facturación Radicada y a las objeciones recibidas	2	2	BAJA	Asumir y/o reducir el riesgo	<p>1. Educar al personal asistencial, Revisores de Cuentas, Facturadores y Analistas de Cuentas Médicas, sobre causas de objeciones, consecuencias y responsabilidades que se tienen sobre las mismas.</p> <p>2. Socializar hallazgos de objeciones al personal administrativo y asistencial</p>	Coordinación auditoría de cuentas médicas - Coordinación Facturación - Subgerencia Científica	(Facturas Objetadas / Facturas Radicadas)	Dec-16
Retrasar, obstruir o retardar la entrega oportuna de la información al área contable por parte de los coordinadores y supervisores por servicios prestados al hospital.	4	2	ALTA	Seguimiento mensual ante los diferentes requerimientos que afectan los estados financieros	2	2	BAJA	Asumir y/o reducir el riesgo	<p>1. Informar a los supervisores Técnicos de Contrato la importancia de presentar a tiempo los requerimientos que afectan los estados financieros y las consecuencias de sus demoras a nivel contable</p> <p>2. Recordar a los supervisores técnicos de contratos le envío de los requerimiento que afectan los estados financieros debe realizarse con anterioridad al cierre como mínimo con 10 días.</p>	Contadora	Sumatoria de días transcurridos entre la fecha programada y la fecha recibida / Numero de requerimientos que afectan los estados financieros	Dec-16

MAPA DE RIESGOS 2016 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Certificar valores por obligaciones no ciertas por carencia de legalidad y derechos no ciertos por falta de radicación	2	4	ALTA	Cruce y depuración de información por Entidad.	1	3	MODERADA	Asumir y/o reducir el riesgo	<p>1. Emitir Certificados de disponibilidad Presupuestal para los contratos que se ejecuten dentro de la institución</p> <p>2..Realizar los contratos de la ESE con todos los parámetros de legalidad necesarios para su correcta ejecución</p> <p>3.Verificar obligaciones ciertas a través de la legalidad de las misma, por medio de soportes como Facturas, Certificados de disponibilidad Presupuestal, seguimientos a contratos y demás según aplique.</p> <p>4. Diligenciar en sistema los ajustes derivados del proceso de depuración</p>	Presupuesto, Contratación, Contabilidad, Cartera	(Cuentas de cobro soportadas/Cuentas de cobro causadas) *100	Dec-16
PAGO EXTEMPORANEO DE IMPUESTOS	2	3	MODERADA	SOLICITAR FORMULARIO DE PAGO ANTES DE LA FECHA MAXIMA DE PAGO	1	2	BAJA	Asumir y/o reducir el riesgo	REALIZAR PAGO DENTRO DE LAS FECHAS ESTABLECIDAS	TESORERIA	Impuestos POR PAGAR/ N° DE IMPUESTOS PAGADOS	Dec-16
PAGO EXTEMPORANEO DE LOS SERVICIOS PUBLICOS	2	3	MODERADA	ESTABLECER LA CANTIDAD DE SERVICIOS PUBLICOS CON LOS QUE CUENTA LA ENTIDAD	1	2	BAJA	Asumir y/o reducir el riesgo	REALIZAR BASE DE DATOS CON LA INFORMACION DE LOS SERVICIO PUBLICOS	TESORERIA	N° DE SERVICIO PUBLICOS POR PAGAR/ N° DE SERVICIOS PUBLICOS PAGADOS	Dec-16

PROCESO:												
GESTION JURIDICA												
OBJETIVO:												
Brindar apoyo juridico a los diferentes procesos del hospital a nivel interno y externo, a fin de generar seguridad juridica en todas sus actuacione												
RIESGO	CALIFICACION		EVALUACION RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACION		NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR	PLAZO
	PROBABILIDAD	IMPACTO			PROBABILIDAD	IMPACTO						
Actuaciones administrativas disciplinarias fuera de terminos legales vigentes	3	2	MODERADA	Seguimiento de terminos a las actuaciones administrativas disciplinarias	2	2	BAJA	Asumir el riesgo y/o asumirlo	Realizar autos y oficios para mover los prcesos, notificar según el caso especifico de las actuaciones disciplinarias que lo requieran, ejecutar diligencias relacionadas a descargos de ratificacion o a testimonios y efectuar paso a paso las actuaciones asministrativas disciplinarias segun los terminos legales establecidos, con relacion a la forma y fondo de los mismos	Control interno disciplinario	(Actos administrativos disciplinarios realizados dentro de los terminos legales vigentes / Actos administrativos disciplinarios)*100	Dec-16
Contratos sin legalizar	3	3	MODERADA	Seguimiento a la legalizacion de contratos	2	2	BAJA	Asumir el riesgo y/o asumirlo	No permitir pagos referentes a la ejecucion de los diferentes contratos hasta que se encuentren perfectamente legalizados	Contratacion	(Contratos Legalizados / Contratos Realizados)*100	Dec-16

MAPA DE RIESGOS 2016 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Cohecho por dar u ofrecer dadivas para que le sea asignado a un proveedor un contrato	4	4	EXTREMA	Implementación y verificación de cumplimiento de criterios técnicos que permitan la pluralidad y calidad de oferentes	2	2	BAJA	Asumir y/o reducir el riesgo	Formulación de criterios técnicos para evaluación estricta de propuestas dentro de convocatorias de contratación que le compete al área de Recursos Físicos	Supervisores tecnicos y contratacion	(Criterios técnicos verificados en cada convocatoria/criterios técnicos establecidos en cada convocatoria) *100	Dec-16
Cohecho impropio por influencia con superiores	4	4	EXTREMA	Auditoria por parte de entes externos en la verificación del cumplimiento de los criterios técnicos, jurídicos y económicos que hacen parte integral del proceso de contratación	2	3	MODERADA	Asumir y/o reducir el riesgo	Realizar verificación del cumplimiento de los criterios establecidos en cada convocatoria por medio de lista de chequeo e informe de entes de control	Supervisores tecnicos y contratacion	(No de convocatorias de mínima, menor y mayor cuantía verificadas/No de convocatorias generadas durante cada vigencia	Dec-16
Beneficiar contratista y/o proveedores, omitiendo el cumplimiento de las obligaciones contractuales establecidas para la adquisición de bienes y servicios	4	4	EXTREMA	Auditoria por parte de entes externos en la verificación del cumplimiento de los criterios técnicos, jurídicos y económicos que hacen parte integral del proceso de contratación	2	3	MODERADA	Asumir y/o reducir el riesgo	Realizar verificación del cumplimiento de los criterios establecidos en cada convocatoria por medio de lista de chequeo e informe de entes de control	Supervisores tecnicos y contratacion	(No de convocatorias de mínima, menor y mayor cuantía verificadas/No de convocatorias generadas durante cada vigencia	Dec-16
Entregar información confidencial para favorecer terceros en la oferta de criterios técnicos y económicos	4	4	EXTREMA	Acta firmada por oferentes en audiencia pública, para verificación de propuestas en lo jurídico y económico	2	3	MODERADA	Asumir y/o reducir el riesgo	Audiencia publica para apertura de propuestas de mínima, menor y mayor cuantía	Contratación	(No de convocatorias verificadas en audiencia publica/No de convocatorias generadas por el área de contratación)*100	Dec-16
Incumplimiento de contratos	3	3	ALTA	Solicitud de polizas de cumplimiento a los contratos que así lo ameriten	2	2	BAJA	Asumir el riesgo y/o asumirlo	Una vez se detecte la necesidad de realizar un contrato, establecer el monto de la totalidad del contrato para definir si requiere de poliza o no, ya confirmada la necesidad de la poliza informar a el o los interesados y no suscribir el acta de inicio del contrato hasta que no se cuente con la poliza correspondiente.	Supervisores tecnicos y contratacion	(Numeros de contratos con poliza de cumplimiento/Número de contrato que requieren de Poliza de cumplimiento)*100	
Pago a contratos sin ejecutar	3	2	MODERADA	Informes de seguimiento y ejecución de contratos con sus respectivos soportes de ejecución	2	2	BAJA	Asumir el riesgo y/o asumirlo	1. Socializar formatos de seguimiento a la ejecución de contratos. 2.Requerir soportes de ejecución de los contratos con las cuentas de cobro de los mismos. 3.Apoyar a super	Supervisores tecnicos y contratacion	(cuentas de cobro con seguimientos de contratos legalizados / Cuentas de cobro)	Dec-16

MAPA DE RIESGOS 2016 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Pagos de indemnizaciones, juridicos y demas resultantes de demandas y procesos en contra de la insticcion	3	3	ALTA	Seguimiento acucioso a los procesos, para en lo posible obtener sentencias a favor, protegiendo con ello el patrimonio de la ESE.	2	2	BAJA	Asumir el riesgo y/o asumirlo	Contar con metodos de control y seguimiento a los procesos judiciales en los cuales se encuentra la institucion	Juridica	(Procesos con sentencias a Favor de la institucion / Procesos con con sentencia en conotra de la institucion)	Dec-16
---	---	---	------	---	---	---	------	-------------------------------	---	----------	---	--------

PROCESO: GESTION DE TIC'S

OBJETIVO: Garantizar el buen uso de la red y los recursos tecnologicos de la institucion enfocado a brindar confidencialidad, integridad y disponibilidad de los activos de informacion con base a los procesos definidos por la institucion que permita la gestion de riesgos.

RIESGO	CALIFICACION		EVALUACION RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACION		NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR	PLAZO
	PROBABILIDAD	IMPACTO			PROBABILIDAD	IMPACTO						
Fallas electricas en el cableado existente	2	4	ALTO	Cronograma de mantenimiento institucional	3	1	MODERADO	Asumir el riesgo, Reducir el riesgo	Realizar el mantenimiento preventivo y correctivo en el cableado electrico en los puntos identificados como criticos con base en el cronograma.	Coordinador de mantenimiento - Coordinador de Sistemas	Porcentaje de puntos electricos considerados como criticos.	Dec-16
Desactualizacion Software de verificacion estado de la red.	3	3	ALTO	Cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo institucional en equipos de computo	3	3	ALTO	Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir	Realizar el mantenimiento preventivo y correctivo a la red de datos LAN de la institucion	Coordinador de sistemas.	Porcentaje de puntos de red identificados y en fucionamiento.	Dec-16
Inseguridad en el acceso al area de sistemas, central telefonica y servidores de la institucion.	4	4	EXTREMO	Camaras de vigilancia.	4	4	EXTREMO	Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir	Instalar divisiones que brinden seguridad en el acceso al area de sistemas.	Coordinador de mantenimiento - Coordinador de Sistemas	Instalacion de divisiones.	Jun-16
Perdida de informacion por virus informaticos.	2	3	MODERADO	Se cuenta con un antivirus que es licenciado anualmente el que se actualiza constantemente.	3	2	MODERADO	Asumir el riesgo, Reducir el riesgo	Instalar en el total de los equipos de computo institucionales un software antivirus licenciado y actualizado.	Coordinador de sistemas.	Porcentaje de equipos de computo con software antivirus licenciado.	Permanente
Desactualizacion en tecnologia de los equipos de computo existentes	4	3	ALTO	Se cuenta con un protocolo para compra y actulizacion de equipos de computo	2	3	MODERADO	Asumir el riesgo, Reducir el riesgo	Realizar gestion para adquirir equipos de computo actualizados enfocados a la renovacion de los obsoletos.	Coordinador de sistemas.	Porcentaje de equipos de computo obsoletos que han sido renovados.	Dec-16
Perdida de informacion por el mal uso de los equipos de computo.	4	3	ALTO	Se cuenta con el protocolo de copias de seguridad informaticas.	2	3	MODERADO	Asumir el riesgo, Reducir el riesgo	Realizar copia de seguridad informatica mensualmente en los equipos de computo priorizados por la institucion.	Coordinador de sistemas.	Porcentaje de equipos de computo priorizados con copia de seguridad informatica.	Mensual

MAPA DE RIESGOS 2016 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

PROCESO:		GESTION DE TALENTO HUMANO										
OBJETIVO:		Proporcionar oportunamente los requerimientos para satisfacer las necesidades de los trabajadores vinculados a la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha y así lograr un ambiente de trabajo adecuado dentro de la institución de tal manera que se garantice el oportuno cumplimiento de los planes y programas de área de Talento Humano y en general de la institución, brindando una óptima y eficiente atención y solución de inconvenientes presentados al personal interno y externo de la institución.										
RIESGO	CALIFICACION		EVALUACION RIESG	CONTROLES	NUEVA CALIFICACION		NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR	PLAZO
	PROBABILIDAD	IMPACTO			PROBABILIDAD	IMPACTO						
Inadecuada selección del personal.	3	3	ALTA	Solicitud de requerimiento del personal.	2	2	BAJA	Asumir y/o reducir el riesgo	1. Realizar convocatorias a través de página web de la institución y páginas de empleo. 2. Capturar hojas de vida de los cargos asistenciales para mantener una reserva de acuerdo a las necesidades del hospital. 3. Requerir a la entidad contratista el cumplimiento de asignación del personal objeto del contrato.	Talento Humano	No de solicitudes de personal publicadas en cualquier medio para su concesión/ No de solicitudes de personal realizadas	Dec-16
Ocurrencia de accidentes laborales	3	2	MODERADA	Programa de salud ocupacional - Programa de bienestar.	2	1	BAJA	Asumir y/o reducir el riesgo	1. Diseñar estrategias dentro del procedimiento de reporte de accidentes laborales y salud ocupacional que permitan minimizar el riesgo de accidentabilidad.. 2. Aplicar estrategias diseñadas, realizando la evaluación y el seguimiento de las mismas.	Talento Humano	Numero de estrategias implementadas / Numero de estrategias definidas.	Dec-16
Incumplimiento de las fechas establecidas para evaluar el desempeño laboral.	3	2	MODERADA	Seguimiento al procedimiento de evaluación del desempeño laboral.	2	1	BAJA	Asumir y/o reducir el riesgo	1. Brindar capacitaciones dirigidas a los responsables de evaluar a los funcionarios. 2. Alertar tanto a evaluadores como a aquellos objeto de evaluación sobre la fecha límite de realización y entrega de las evaluaciones con la anticipación necesaria para cumplir las fechas	Talento Humano y Coordinador o líder de área	Trabajadores evaluados / Trabajadores que requieren de evaluación	Dec-16
Malestar generado por desmotivación de los funcionarios y clima laboral inadecuado.	3	3	ALTA	Seguimiento a la ejecución de las actividades del plan de bienestar y del programa de salud ocupacional	2	1	BAJA	Asumir y/o reducir el riesgo	1. Realizar talleres de clima organizacional a los diferentes grupos focales identificados en la institución. . 2. Realizar actividades de integración que contribuyan al mejoramiento continuo del clima organizacional	Talento Humano, Comité de Bienestar y Salud Ocupacional.	No. de actividades y talleres programados/ No. actividades y talleres ejecutados.	Dec-16

MAPA DE RIESGOS 2016 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

PROCESO:		GESTION DE SERVICIOS DE SALUD EN HOSPITALIZACION										
OBJETIVO:		Brindar atención integral intra hospitalaria con la máxima seguridad y nivel de satisfacción a los usuarios de acuerdo con su necesidad.										
RIESGO	CALIFICACION		EVALUACION RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACION		NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR	PLAZO
	PROBABILIDAD	IMPACTO			PROBABILIDAD	IMPACTO						
SEGURIDAD: No identificación de pacientes	5	3	Extremo	<p>Protocolo de identificación de pacientes.</p> <p>Verificación de colocación de la manilla de Identificación al ingreso del paciente.</p> <p>Lista de chequeo de ronda diaria de seguridad del paciente.</p> <p>Identificación de pacientes y recién nacidos con las manillas por colores estandarizadas en el protocolo de la Institución.</p>	4	3	Alta	Reducir y evitar el riesgo.	Continuar con la socialización del Protocolo de identificación de pacientes al personal asistencial	Lider de seguridad del paciente	No. De personal capacitado del area de cirugía / No. Total De personal a capacitar en cirugía	Mensual
								Reducir y evitar el riesgo.	Evaluación de la adherencia al Protocolo de identificación de pacientes	Lider auditor de enfermeria.	Instrumento de evaluacion de la guia para el personal asistencial, .	Semestral
								Reducir y evitar el riesgo.	Verificación de cumplimiento mediante la aplicación de lista de chequeo durante las rondas de seguridad del paciente	Lider de seguridad del paciente	N° de pacientes con manilla de identificación / Total de pacientes egresados del servicio de salas de cirugía	Mensual
								Reducir y evitar el riesgo.	analisis y evaluacion de eventos adversos (No identificación de pacientes)	Coordinacion de Salas de cirugía) Lider Seguridad del paciente	N° de pacientes que presentaron evento adverso / Total de pacientes egresados del servicio de salas de cirugía	Mensual
Seguridad: ocurrencia de eventos adversos (caídas de pacientes)	5	5	Extremo	<p>Guia de prevención del riesgo de caídas.</p> <p>Formato de evaluación del riesgo de caídas.</p>	4	4	Extremo	Reducir y evitar el riesgo.	Evaluación de la adherencia a la guía de guía de prevención de caída de pacientes	Lider auditor de enfermeria.	Instrumento de evaluacion de la guia para el personal asistencial,	Semestral
								Reducir y evitar el riesgo.	Continuar con la socialización de la guía de prevención de riesgo de caídas	Lider de seguridad del paciente	No. De personal capacitado del area de cirugía / No. Total De personal a capacitar en salas de cirugía	Mensual

MAPA DE RIESGOS 2016 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

			Gestiones para contar con mobiliario adecuado para evitar caídas.				Reducir y evitar el riesgo.	Analisis y evaluacion de eventos adversos (caidas de paciente)	Lider Seguridad del paciente.Coordinación de salas de cirugía	No. De pacientes con aplicación del formato de evaluación del riesgo de caídas / Total de pacientes que requieran la aplicación del formato.	Mensual	
SEGURIDAD: Equivocaciones de pacientes o de sitio quirúrgico (demarcación de sitio quirúrgico)	5	5	Extremo	Lista de chequeo para seguridad quirúrgica del paciente que contemp'la tres momentos: 1. Antes de la inducción de la anestesia 2. Antes de la insiccion cutanea (pausa quirúrgica) 3. Antes de la salida del quirófano.	4	4	Extremo	Reducir y evitar el riesgo.	Aplicación de la lista de chequeo de de seguridad quirúrgica del paciente en los tres momentos del procedimiento quirúrgico	Personal de Enfermería, Especialistas, Instrumentadoras Coordinadora de Salas de Cirugía.	Total de listas de chequeo aplicadas / Total de pacientes que egresan del servicio quirúrgico *100	Mensual
SEGURIDAD: No disponibilidad de equipos o materiales necesario para los procedimientos								Reducir y evitar el riesgo.				
SEGURIDAD: Posibles quemaduras de pacientes con el electrobistury								Reducir y evitar el riesgo.				

PROCESO: GESTION DE AMBIENTE FISICO INSTITUCIONAL												
OBJETIVO: Gestionar el suministro, custodia, vigilancia, mantenimiento y servicios de apoyo de los bienes muebles e inmuebles, así como servicios de la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha, con el fin de brindar atención oportuna a los usuarios, clientes internos y externos de la misma de acuerdo a los requerimientos ambientales y específicos de cada área.												
RIESGO	CALIFICACION		EVALUACION RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACION		NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR	PLAZO
	PROBABILIDAD	IMPACTO			PROBABILIDAD	IMPACTO						
Eventos adversos asociados al uso de la tecnología biomédica y dispositivos biomédicos	3	4	EXTREMA	(Mantenimiento correctivo y preventivo de equipos - Programa de Tecnovigilancia)	1	3	MODERADA	Asumir y/o reducir el riesgo	Implementación de procedimientos que direccionen e indiquen el mantenimiento preventivo y correctivo que deben tener los equipos biomédicos y la tecno vigilancia que se debe aplicar para su correcto funcionamiento	Subgerencia Administrativa - Ingeniería Biomédica	(# total de equipos con mantenimiento ejecutado/ # numero total de equipos programados mes) x 100	2016/12/31
Deterioro de la planta física y parque automotor de la institución	4	4	EXTREMA	Mantenimiento preventivo y correctivo de infraestructura y Parque Automotor	2	2	MODERADA	Asumir y/o reducir el riesgo	Implementación de Cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura para la vigencia 2016	Subgerencia Administrativa - Mantenimiento	(Dar cumplimiento a cronograma de mantenimiento 2016 - Actividades ejecutadas durante 2016/Actividades programadas en 2016)	2016/12/31

MAPA DE RIESGOS 2016 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Perdida de elementos devolutivos por falta de seguimiento de los inventarios, traslados y bajas	4	2	ALTA	Seguimiento de los movimientos de activos fijos por medio del modulo de Dinamica.Net	2	2	BAJA	Asumir y/o reducir el riesgo	Implementación del modulo de Activos Fijos en el Sistema Dinamica.Net	Subgerencia Administrativa - Activos Fijos	Realizar levantamiento y actualización de inventarios en el modulo de Activos Fijos del sistema Dinamica.Net	2016/12/31
Contar con medicamentos o dispositivos médicos vencidos o dañado por malas condiciones de almacenamiento	3	4	EXTREMA	<ul style="list-style-type: none"> * Protocolo de recepción técnica de medicamentos y dispositivos médicos cada vez que ingresan a la farmacia. * Procedimiento de almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos y control de fechas de vencimiento *Protocolo de control de condiciones ambientales * Procedimiento de devolución de medicamentos y dispositivos médicos no utilizados en servicios *Protocolo para manejo de medicamentos y dispositivos médicos vencidos y en mal estado 	1	3	MODERADA	Asumir y/o reducir el riesgo	<ul style="list-style-type: none"> * Realizar una verificación trimestral de los medicamentos vencidos y próximos a vencer * Evaluar adherencia al Procedimiento de almacenamiento (control de fechas de vencimiento) y control de condiciones ambientales 	Subgerencia Científica - Química Farmacéutica	Número de medicamentos con fechas de vencimiento menores a tres meses / Numero de medicamentos verificados	2016/12/31
Pérdida o deterioro de medicamentos o dispositivos médicos durante el transporte	3	3	ALTA	* Procedimiento de transporte de medicamentos y dispositivos médicos	1	3	MODERADA	Asumir y/o reducir el riesgo	* Evaluar adherencia al procedimiento de transporte de medicamentos y dispositivos médicos	Subgerencia Científica - Química Farmacéutica	No de medicamentos o dispositivos deteriorados durante el transporte / No de medicamentos o dispositivos transportados	2016/12/31
Presencia de faltantes y sobrantes como resultado de los inventarios semestrales realizados al almacén general	4	2	ALTA	Procedimiento de inventarios - Inventarios aleatorios parciales	2	2	BAJA	Asumir y/o reducir el riesgo	Implementación de procedimiento para la realización de inventarios e inventarios aleatorios parciales cada 15 días	Subgerencia Administrativa - Almacén	No de inventarios aleatorios realizados/No de inventarios programados para 2016	2016/12/31
Recepción de elementos e insumos sin el cumplimiento de los criterios técnicos exigidos por la entidad (calidad - vigencia - oportunidad)	4	3	ALTA	Seguimiento por parte de los supervisores del contrato en cuanto a la calidad y vigencia, con el acompañamiento del área de Almacén	2	3	MODERADA	Asumir y/o reducir el riesgo	Implementación de procedimiento para la recepción de elementos e insumos al almacén general	Subgerencia Administrativa - Almacén	No de insumos devueltos a los proveedores en 2016/No de insumos entregados en 2016	2016/12/31

MAPA DE RIESGOS 2016 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Incumplimiento de la normatividad ambiental vigente aplicada para entidades de salud	3	3	ALTA	Implementación de Sistema de Gestión Ambiental	1	2	BAJA	Asumir y/o reducir el riesgo	Implementación e implementación de planes, procesos y procedimientos que garanticen el cumplimiento de la normatividad ambiental	Subgerencia Administrativa - Recursos Físicos	Establecer procedimientos (Programa de Ahorro y Uso Eficiente de los Recursos Naturales y el Papel - PGIHYS - PGIRESPEL - Programa de Gestión Ambiental)	2016/12/31
Cohecho por dar u ofrecer dadas para que le sea asignado a un proveedor un contrato	4	4	EXTREMA	Implementación y verificación de cumplimiento de criterios técnicos que permitan la pluralidad y calidad de oferentes	2	3	MODERADA	Asumir y/o reducir el riesgo	Formulación de criterios técnicos para evaluación estricta de propuestas dentro de convocatorias de contratación que le compete al área de Recursos Físicos	Recursos Físicos (Almacén, Activos Fijos, Mantenimiento, Ingeniería Biomédica y Gestión Ambiental)	(Criterios técnicos verificados en cada convocatoria/criterios técnicos establecidos en cada convocatoria) *100	2016/12/31
Cohecho impropio por influencia con superiores	4	4	EXTREMA	Auditoria por parte de entes externos en la verificación del cumplimiento de los criterios técnicos, jurídicos y económicos que hacen parte integral del proceso de contratación	2	3	MODERADA	Asumir y/o reducir el riesgo	Realizar verificación del cumplimiento de los criterios establecidos en cada convocatoria por medio de lista de chequeo e informe de entes de control	Entes de control - Control interno	(No de convocatorias de mínima, menor y mayor cuantía verificadas/No de convocatorias generadas durante cada vigencia)	2016/12/31
Beneficiar contratista y/o proveedores, omitiendo el cumplimiento de las obligaciones contractuales establecidas para la adquisición de bienes y servicios	4	4	EXTREMA	Auditoria por parte de entes externos en la verificación del cumplimiento de los criterios técnicos, jurídicos y económicos que hacen parte integral del proceso de contratación	2	3	MODERADA	Asumir y/o reducir el riesgo	Realizar verificación del cumplimiento de los criterios establecidos en cada convocatoria por medio de lista de chequeo e informe de entes de control	Entes de control - Control interno	(No de convocatorias de mínima, menor y mayor cuantía verificadas/No de convocatorias generadas durante cada vigencia)	2016/12/31
Entregar información confidencial para favorecer terceros en la oferta de criterios técnicos y económicos	4	4	EXTREMA	Acta firmada por oferentes en audiencia pública, para verificación de propuestas en lo jurídico y económico	2	3	MODERADA	Asumir y/o reducir el riesgo	Audiencia pública para apertura de propuestas de mínima, menor y mayor cuantía	Contratación	(No de convocatorias verificadas en audiencia pública/No de convocatorias generadas por el área de contratación)*100	2016/12/31
Alteración y manipulación de la información respecto a custodia de activos fijos por acceso ilimitado al sistema Dinámica Gerencial	3	3	ALTA	Auditoria por parte de entes de control en el manejo de la información de dinámica gerencial	2	2	BAJA	Asumir y/o reducir el riesgo	Realizar verificación de manejo de información digital, frente a soportes físicos de inventarios de cada responsable	Entes de control - Control interno	Verificación de inventario de responsable/Verificación de inventario físico emitido por Activos	2016/12/31

MAPA DE RIESGOS 2016 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Acceso a áreas restringidas de almacenamiento y manejo de bienes con el fin de sabotear procesos y actividades por amiguismo con personal de seguridad	3	3	ALTA	Reporte de acceso a las diferentes áreas restringidas, por parte del supervisor de vigilancia indicando hora y motivo de acceso	2	2	BAJA	Asumir y/o reducir el riesgo	Implementación de planilla para reporte de apertura de áreas en horarios diferentes a los laborales	Recursos Físicos - Empresa de Seguridad	(No de reportes registrados/No de aperturas generadas)*100	2016/12/31
Jineteo por bienes para beneficio personal de los funcionarios y contratistas de la institución	3	3	ALTA	Restricción y autorización por parte de las subgerencias respecto a las salidas de bienes y elementos de la institución	1	2	BAJA	Asumir y/o reducir el riesgo	Implementación de autorizaciones escritas por parte de Subgerencias para la salida de elementos de la institución	Subgerencias Administrativa, Científica y Comunitaria	No. De autorizaciones escritas /No. de solicitudes escritas	2016/12/31

GESTION DEL MEJORAMIENTO CONTINUO												
ESTABLECER Y DIRECCIONAR EL ADECUADO DESARROLLO DE LA PLATAFORMA POLITICA, CONCEPTUAL Y ESTRATEGICA DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES, QUE PERMITA CONDUCIR AL HOSPITAL DE LA MEJOR MANERA POSIBLE AL CUMPLIMIENTO DE SUS PROPOSITOS Y LA SATISFACCION INTEGRAL DEL USUARIO.												
RIESGO	CALIFICACION		EVALUACION RIESGO	CONTROLES	NUEVA CALIFICACION		NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR	PLAZO
	PROBABILIDAD	IMPACTO			PROBABILIDAD	IMPACTO						
Inoportunidad en el reporte de informacion	3	4	Extremo	Recordación de entrega de informes a antes de control y reguladores a los responsables	2	3	Moderado	Reducir el riesgo	RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS E INFORMES ANTES DE LAS FECHAS LÍMITES DE ENTREGA. CONTROL DE FECHAS EN CRONOGRAMA DE REPORTE	COORDINADOR PLANEACION Y CALIDAD	NUMERO DE REPORTES OPORTUNOS/REPORTES E EN EL PERIODO	MENSUAL
Incumplimiento de requisitos de habilitación o no registro de novedades de habilitación	3	5	Extremo	Visitas permanentes a los servicios para identificar el cumplimiento de los requisitos. Formulación de planes de mejoramiento. Seguimiento a los Planes de Mejoramiento. Capacitación permanente al personal en el SOGCS	2	4	Alto	Evitar el riesgo	SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORA. SOLICITUD A COORDINADORES DE DILIGENCIAMIENTO DE AUTOEVALUACION COMO MEDIDA DE APRENDIZAJE Y DE AUTOCONTROL DEL CUMPLIMIENTO DEL SUH.	COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	(No de PLANES DE MEJORA FORMULADOS EN HABILITACIÓN CON SEGUIMIENTO/ No de PLANES DE MEJORA FORMULADOS)	TRIMESTRAL
Baja implementación de procesos y procedimientos del SIG-HMGY	3	4	Extremo	Socialización por parte de cada coordinación y/o líder de proceso de los procedimientos.	3	3	Alto	Reducir el riesgo	REALIZAR AUDITORIAS A PROCESOS PRIORIZADOS PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS Y LA ESTANDARIZACIÓN DE DOCUMENTOS	COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	(No DE AUDITORIAS REALIZADAS/ No DE AUDITORIAS PROGRAMADAS	MENSUAL

MAPA DE RIESGOS 2016 - E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

Ciclos de preparación a la acreditación incompletos.	2	4	Alto	Cronograma de acreditación al inicio de cada vigencia. Programación oportuna de mesas de trabajo de acreditación.	2	3	Alto	Evitar el riesgo	SEGUIMIENTO MENSUAL A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE ACREDITACIÓN PARA CADA ESTANDAR	COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y CALIDAD	(No DE REUNIONES DE TRABAJO DE ACREDITACIÓN EN EL PERIODO / No TOTAL DE REUNIONES PROGRAMADAS POR ESTANDAR.	MENSUAL
Falta de seguimiento a los planes de mejoramiento en forma oportuna.	3	4	Extremo	Formato de Planes de mejoramiento elaborados en las diferentes áreas según no conformidades encontradas en las auditorías Internas y Externas	4	3	Alto	Evitar el riesgo.	Programar Mensualmente seguimiento a todos los Planes de Mejoramiento realizados por las diferentes áreas durante las auditorías Internas y Externas.	COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y CALIDAD LIDER DE CONTROL INTERNO	Porcentaje de seguimiento a los Planes de Mejoramiento en las diferentes áreas y sedes	Mensual despues del segundo semestre de 2016
Incumplimiento de la normatividad aplicable	2	5	Extremo	Auditorias externas por entes de control y reguladores, informes de gestion. Auditorias de control interno y de calidad.	2	4	Alto	Evitar el riesgo	AUDITORIAS INTERNAS CONSTANTES Y OPORTUNAS	COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y CALIDAD LIDER DE CONTROL INTERNO	(No DE AUDITORIAS REALIZADAS / No TOTAL DE AUDITORIAS PROGRAMADAS	MENSUAL
Ausencia de un programa de Seguridad del Paciente	2	5	Extremo	Lider epecifico del programa Actualización de programas y documentación asociada al programa de seguridad del paciente tomados del Ministerio.	2	4	Alto	Evitar el riesgo	ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA VIGENCIA 2016.	COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y CALIDAD LIDER DE CONTROL INTERNO	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ACTUALIZADO	Apr-16