

Al contestar cite: 20191100092161



Tunja,

Doctora
LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ
Gerente
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA
Ciudad

Ref. Seguimiento Mapa de Riesgos por proceso, asistenciales y de Corrupción a 31/12/2018.

Cordial Saludo Doctora Lyda,

En cumplimiento a la Ley 87/1993, a la ley 1474/2011 y de conformidad con las funciones legales y de planeación de esta oficina, adjunto envío informe de seguimiento a Mapas de Riesgo, el cual tenía como objetivo realizar seguimiento y verificación a los controles propuestos en los mapas de riesgo por proceso, asistenciales y de Corrupción, en la E.S.E Hospital San Rafael Tunja.

Atentamente,



LUZ DARY GUERRERO MORENO
Asesora de Control Interno
E.S.E. Hospital San Rafael Tunja

Anexo Informe Seguimiento Mapas de Riesgo (Contiene 20 Folios).



E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
GERENCIA

Recibido por Janeth R
Hora: 9:21 am Día 16
Mes 01 Año 2019

Tunja,

Doctora
LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ
Gerente
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
Ciudad

Referencia: Seguimiento Mapa de Riesgos por proceso, asistenciales y de Corrupción a 31/12/2018.

OBJETIVO

Realizar seguimiento y verificación a los controles propuestos en los mapas de riesgo por proceso, asistenciales y de Corrupción, en la E.S.E Hospital San Rafael Tunja con corte a 31 de diciembre de 2018, de acuerdo a las normas legales vigentes.

ALCANCES DE LA AUDITORIA

1. Verificar la gestión de las acciones de control definidas en los riesgos por proceso, asistenciales y de Corrupción.
2. Evaluar los resultados de los indicadores de medición de los riesgos.
3. Determinar la calidad de los controles definidos y monitorear si las acciones realizadas tienden a gestionar los riesgos según las medidas de respuesta exigidas.
4. Proponer ajustes, observaciones y recomendaciones.

SOPORTES DE LA AUDITORIA

- ✓ Mapa de riesgos por procesos
- ✓ Mapa de riesgos asistenciales
- ✓ Mapa de riesgos de corrupción.
- ✓ Resolución 021 de 2018, Plan Anticorrupción
- ✓ Resolución 073 de 2018 Administración de Riesgo
- ✓ Guía para la administración del riesgo del departamento administrativo de la función pública
- ✓ Demás normas aplicables.

AREAS INVOLUCRADAS EN EL PROCESO:

Procesos y subprocesos con sus respectivos mapas de riesgos por proceso, asistenciales y de Corrupción vigentes.

METODOLOGIA:

Se realiza verificación en sitio con cada uno de los coordinadores y líderes responsables de los mapas de riesgos por proceso, asistenciales y de Corrupción, se evalúa la efectividad de los controles implementados, concertando compromiso si se requiere.

1. RESULTADO SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESO

Teniendo en cuenta la metodología establecida en la resolución interna 073 de 2018 y el Manual de Gestión del riesgo OADS-M-02, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere la participación de las tres líneas de defensa, por lo que en el presente informe se incluye el seguimiento realizado por cada una de las líneas, con el fin de verificar su desarrollo y efectividad.

2

1.1 PRIMERA LINEA DE DEFENSA.

SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESO

Se evidencia actas de reunión de seguimiento realizado por los líderes de proceso a los mapas de riesgos por proceso, los cuales se tiene como soporte acta de reunión:

- **Biomédica:** Solo menciona los indicadores de cada uno de los riesgos, no se observa evaluación o análisis de los mismos, no se tiene identificado si se cumple con los controles o no.
- **Talento Humano:** Se observa evaluación y análisis de los controles de cada uno de los riesgos.
- **Gestión ambiental:** Se observa evaluación y análisis de los controles de cada uno de los riesgos.
- **Calidad:** Se observa evaluación y análisis de los controles de cada uno de los riesgos.
- **Direccionamiento:** Se observa evaluación y análisis de los controles de cada uno de los riesgos.
- **Gestión documental:** Se observa evaluación y análisis de los controles de cada uno de los riesgos.
- **Siau:** Se observa evaluación y análisis de los controles de cada uno de los riesgos.
- **Financiera:** Se observa evaluación y análisis de los controles de cada uno de los riesgos.
- **Almacén:** Se observa evaluación y análisis de los controles de cada uno de los riesgos.
- **Auditoría de Cuentas:** Se observa evaluación y análisis de los controles de cada uno de los riesgos.
- **Comunicaciones:** Se observa evaluación y análisis de los controles de cada uno de los riesgos.
- **Contratación:** Se observa evaluación y análisis de los controles de cada uno de los riesgos.
- **Gestión académica:** Se observa evaluación y análisis de los controles de cada uno de los riesgos.
- **Mantenimiento:** Se observa evaluación y análisis de los controles de cada uno de los riesgos.

- **Facturación y autorizaciones:** Se observa evaluación y análisis de los controles de cada uno de los riesgos.
- **Seguridad y Salud en el Trabajo.** Se observa evaluación y análisis de los controles de cada uno de los riesgos.
- **Servicios de Apoyo:** Se observa evaluación y análisis de los controles de cada uno de los riesgos.
- **Cartera:** Se observa evaluación y análisis de los controles de cada uno de los riesgos.
- **Juridica:** Se observa evaluación y análisis de los controles de cada uno de los riesgos.

SEGUIMIENTO RIESGOS ASISTENCIALES

En total se obtuvo 83 riesgos para los 12 programas institucionales, distribuidos según la zona de tratamiento de riesgo, en Diez y nueve (19) riesgos en zona EXTREMA los cuales requieren medidas correctivas y de mejora inmediatas, Cuarenta y cinco (45) riesgos en ZONA ALTA, requieren medidas correctivas y de mejora a corto plazo, Once (11) riesgos en ZONA MODERADA, requieren medidas preventivas obligatorias, y ocho (08) riesgos en ZONA BAJA, puede asumir el riesgo sin necesidad de tomar otras medidas de control diferente.

PROGRAMA	SEGUIMIENTO PRIMERA LINEA	% CUMPLIMIENTO
AMIGOS DEL CORAZON	SI	78%
B24	NO	Sin Calificación.
BUEN TRATO	NO	Sin Calificación.
FARMACO Y TECNOVIGILANCIA	NO	Sin Calificación
HEMOVIGILANCIA	NO	Sin Calificación
MADRE CANGURO	SI	49%
USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS	NO	Sin Calificación
PIEL SANA	SI	76%
REACTIVOVIGILANCIA	SI	95%
SOPORTE METABOLICO Y NUTRICIONAL	SI	63%
TROMBOLISIS	NO	Sin Calificación

Se recomienda dar cumplimiento a la resolución 073 de 2018 Administración de riesgos en su artículo cuarto que dice los líderes de proceso realizan un seguimiento en el segundo trimestre del año.

1.2 SEGUNDA LINEA DE DEFENSA.

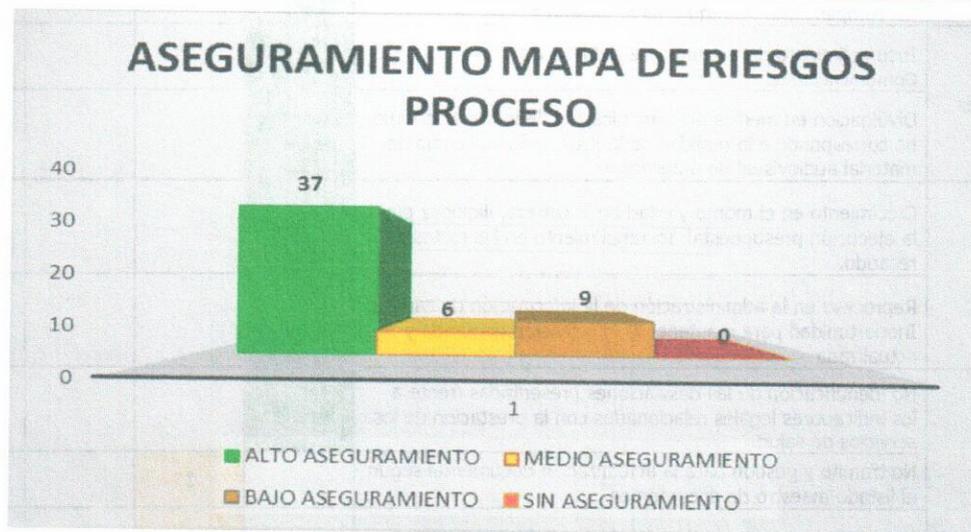
SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESO

El área de planeación realizó seguimiento a los mapas de riesgo por proceso con la metodología establecida por el departamento administrativo de la función pública, con la finalidad de construir los mapas de aseguramiento dando los siguientes resultados.

PROCESO	RIESGO	ALTO ASEGURAMIENTO	MEDIO ASEGURAMIENTO	BAJO ASEGURAMIENTO	SIN ASEGURAMIENTO
Seguridad y Salud En el Trabajo	No seguimiento a la accidentalidad y enfermedad laboral			1	
	Incumplimiento de requisitos legales.	1			
	Respuesta no efectiva ante una situación de emergencia interna o externa en la institución	1			
Siau	Inadecuada información al usuario y su familia durante la estancia en internación, urgencias, unidades de cuidado intensivo y orientación al usuario en servicios ambulatorios			1	
	Alteración y Sesgo en la aplicación de la encuesta	1			
	Inoportunidad en la respuesta a las quejas por parte de las áreas implicadas			1	
Jurídica	Incumplimiento de términos legales	1			
	Incumplimiento de términos legales			1	
	Expedir actos administrativos contrarios fuera del término o sujetos a revocatoria	1			
Talento Humano	El personal incumple con los requisitos, perfiles y competencia exigidos y enmarcados dentro de las normas que regulan la función pública	1			
	Liquidación errónea de la nómina			1	
	No realizar el seguimientos a los pagos de los excedentes de aportes patronales producto de las conciliaciones entre las administradoras de Pensión, Salud y ARL de las vigencias 2012 al 2016			1	
	No realizar el cobro de la cuota parte pensional dentro de los términos legalmente establecidos	1			
Mantenimiento	No ejecución del Plan de Mantenimiento	1			
Biomédica	Fallas continuas en los equipos biomédicos, por mal manejo	1			
	Daños en los equipos relacionados a causa externas	1			
	Adquisición inadecuada de los equipos biomédicos	1			
Gestión Ambiental	No implementación del plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares.	1			
	Incumplimiento a las rutas sanitarias de la entidad.			1	
	No gestión para el cumplimiento de los requisitos legales		1		
	Inoportunidad para la presentación de datos e informes a las autoridades ambientales, de salud y entes de control.	1			
Gestión Académica	Garantizar el análisis de autoevaluación de la institución.		1		

	Garantizar El Funcionamiento Adecuado De Comité De Bioética En Investigación Del Hospital	1			
Facturación y Autorizaciones	Falta de autorización de servicios	1			
	Subfacturación o sobrefacturación de servicios prestados	1			
	No radicación del 100% de la facturación generada por el hospital en un tiempo determinado	1			
	No obtener el radicado individual de las facturas	1			
	Inadecuada planificación en comités institucionales que afecte el cumplimiento de metas.		1		
Direccionamiento	No seguimiento a la necesidades institucionales (gestión) que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales			1	
	No reporte oportuno de rendición de contratos en las plataformas destinadas por los entes de control y seguimiento	1			
Contratación	No cumplimiento de requisitos habilitantes	1			
	Incumplimiento del cronograma del Plan de Comunicaciones.	1			
Comunicaciones	Divulgación en medios de comunicación de información que no corresponde a la realidad de la institución, así como de material audiovisual no autorizado.	1			
	Crecimiento en el monto y edad de la cartera, iliquidez para la ejecución presupuestal, Incumplimiento en las metas de recaudo.	1			
Cartera	Reproceso en la administración de la información de cartera, Inoportunidad para mantener la información depurada y actualizada	1			
	No identificación de las desviaciones presentadas frente a los indicadores legales relacionados con la prestación de los servicios de salud.	1			
Calidad	No tramite y gestión para la actualización documental según el listado maestro de documentos		1		
	No seguimiento a la gestión del riesgo de los programas institucionales		1		
	Inadecuado manejo de los activos fijos	1			
Almacén	Inadecuado manejo de los inventarios	1			
	No cumplimiento de las acciones de corrección implementadas para evaluar la gestión del tercer izado			1	
Servicios de Apoyo	Extemporaneidad en la respuesta a glosa inicial	1			
	Falta de identificación y codificación de la glosa y devoluciones.	1			
	Prescripción de las cuentas devueltas	1			
Auditoría de Cuentas Medicas	Deficiencia en la planeación y programación presupuestal de la entidad que afecte la operación en condiciones de equilibrio.	1			
Gestión Financiera					

	Expedición de los Certificados de Disponibilidad y Registro Presupuestal sin lleno de requisitos o afectación equivocada de rubros presupuestales.	1			
	Giro con diferencias entre valor pagado y el valor a pagar	1			
	Inconsistencias entre recaudo efectivo y su contabilización.	1			
	Inconsistencias en la consolidación de estados financieros, para la toma de decisiones o rendición de informes o declaraciones tributarias con errores.		1		
Gestión documental	Inadecuado manejo de los archivos físicos	1			
	Alta rotación de personal que afecta el normal desarrollo de la gestión documental en la institución.	1			
	No trazabilidad y seguimiento de la correspondencia enviada	1			
TOTAL		37	6	9	0



Se tienen 37 riesgos con alto aseguramiento, 6 riesgos con medio aseguramiento, 9 riesgos en bajo aseguramiento, 0 riesgos sin aseguramiento, de los cuales generaron acciones tendientes a asegurar procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de defensa (Líder de Proceso) sean más efectivos a los de medio y bajo aseguramiento. Por otro lado durante el seguimiento realizado por la oficina de control interno se observa que el proceso de Tecnología de la información y las comunicaciones, no cuenta con mapa de riesgo, por lo que se recomienda en el primer trimestre de la vigencia 2019 desarrollar la metodología de administración de riesgo en dicho proceso.

SEGUIMIENTO RIESGOS ASISTENCIALES

La Líder de seguridad del paciente realizó seguimiento como segunda línea de defensa a los mapas de riesgos asistenciales.

Ejecutadas las fases de identificación, análisis y evaluación de los riesgos de los 12 programas institucionales, se efectuó la formulación de la fase de planificación de respuestas a través de la elaboración del plan de control para evitar/discontinuar, mitigar/controlar, transferir, aceptar los riesgos identificados. Registrándolos en la CA-F-75 MATRIZ DE RIESGOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE de cada uno de los programas institucionales. A la fecha se encuentra pendiente la validación del plan de control del programa buen trato, lo anterior dado el cambio de líder del programa.

Actualmente la aplicación de la matriz de riesgos de Seguridad del paciente de los programas institucionales se encuentra en la fase de despliegue a través de la cual se planteó la realización de las siguientes actividades por parte de los líderes de los programas:

- Socializar matriz de riesgos con el equipo del programa, con soporte acta reunión. Responsable Líder de cada Programa.
- Efectuar seguimiento a la ejecución del plan de control y contar con los soportes respectivos
- Registro de los indicadores definidos en cada matriz dirigidos a controlar el riesgo identificado, diseñar la ficha técnica de los nuevos indicadores posibles generados en la elaboración de la matriz y presentarlos a Epidemiología de la Oficina de Calidad para su validación.
- Tener soportes de la ejecución de la matriz de riesgo.
- Realizar seguimiento según las líneas de seguimiento.

No se tiene porcentaje de cumplimiento de los controles por parte del líder de seguridad del paciente, se recomienda dar porcentaje de cumplimiento para tener la trazabilidad de las 3 líneas de defensa y ver la trazabilidad de evolución de cada uno de los programas.

1.3 TERCERA LINEA DE DEFENSA.

SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESO

De acuerdo a la metodología establecida por la institución se realiza seguimiento y evaluación por parte de la oficina de control interno a los riesgos por proceso que se sitúan en Zona de Riesgo Extremo y Zona de Riesgo Alta, obteniendo los siguientes resultados:

PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	EVALUACION RIESGO	ACCIONES	INDICADOR	NUEVA EVALUACIÓN	EFFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO
GESTION DOCUMENTAL	INADECUADO MANEJO DE LOS ARCHIVOS FISICOS	ZONA RIESGO EXTREMA	Realizar el manejo y trazabilidad documental en la formalización de las transferencias documentales primarias	Cronograma de Transferencias documentales : Numero de transferencia documentales realizadas / Total de transferencia programadas x 100	ZONA DE RIESGO EXTREMA	EFFECTIVOS	<p>Se ha realizado el 100% de las transferencias documentales primarias programadas para la vigencia 2018.</p> <p>Se anexa archivo de las 33 transferencias documentales.</p> <p>Se recomienda revisar la calificación del riesgo residual, los controles son efectivos y ocasionaría la disminución de la zona de calor en que se encuentra.</p> <p>Se recomienda incluir el indicador en el sistema de información Darum@salud.</p> <p>Los controles son efectivos para evitar la materialización del riesgo</p>

	ALTA ROTACION DE PERSONAL QUE AFECTA EL NORMAL DESARROLLO DE LA GESTION DOCUMENTAL EN LA INSTITUCION.	ZONA RIESGO ALTA	Realizar capacitación al personal que tenga responsabilidad con el manejo de las transferencias documentales primarias,	Capacitación manejo documental : Número de personas capacitadas en manejo documental relacionado con transferencias primarias / Total de personas que requieren capacitación en transferencias documentales primarias x 100	ZONA RIESGO ALTA	EFFECTIVOS	Se han realizado 19 capacitaciones para la vigencia 2018, teniendo un cumplimiento del 100% Todo el personal nuevo que ingresa a la institución tiene inducción de tablas de retención documental. Se anexa capacitaciones. Se recomienda revisar la calificación del riesgo residual, los controles son efectivos y ocasionaría la disminución de la zona de calor en que se encuentra. Se recomienda incluir el indicador en el sistema de información Darum@salud. Los controles son efectivos para evitar la materialización del riesgo
FINANCIERA	Deficiencia en la planeación y programación presupuestal de la entidad que afecte la operación en condiciones de equilibrio.	ZONA RIESGO EXTREMA	Realizar seguimiento a la operación de la entidad en condiciones de equilibrio presupuestal.	EQUILIBRIO PRESUPUESTAL (CON RECAUDO - CON RECONOCIMIENTO)	ZONA RIESGO ALTA	MEDIANAMENTE EFFECTIVOS	El proceso de planeación del presupuesto de la vigencia 2018 se ejecutó de conformidad con los lineamientos establecidos, se consolidaron las necesidades de la vigencia fiscal, se proyectó el plan de adquisiciones para la vigencia 2018. En el 2018 el indicador Equilibrio presupuestal (con recaudo) en ninguno de los meses ha llegado a la meta establecida de 1, el recaudo corresponde a 7 meses el gasto respalda gasto inclusive hasta Octubre de 2018 Los controles no son efectivos para evitar la materialización del riesgo, se recomienda tomar medidas necesarias para fortalecer o crear nuevos controles.
	Giro con diferencias entre valor pagado y el valor a pagar	ZONA RIESGO ALTA	Realizar verificación del valor a pagar frente al valor a pagar autorizado.	Valor Pagado del periodo / valor a Pagar del periodo * 100	ZONA RIESGO ALTA	EFFECTIVOS	Se ha efectuado los procesos de validación de manera que los errores no se han materializado.
AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	No acuerdo de conciliación de glosas entre las partes	ZONA RIESGO EXTREMA	Transferencia de glosa sin acuerdo de conciliación al área jurídica.	Seguimiento en la matriz de glosas	ZONA RIESGO ALTA	EFFECTIVOS	De un valor pendiente por conciliar a 31 de diciembre de 2017 de \$14.189.232.703 se ha resuelto el 77.9% y de un valor radicado durante el 2018 de \$ 14.006.886.131 se ha resuelto el 35.2%, lo que nos arroja un valor pendiente en matriz de glosas a la fecha de \$12.214.044.660 Se ha enviado los casos correspondientes al área jurídica para el proceso concerniente. Los controles son efectivos para evitar la materialización del riesgo
ALMACEN	Inadecuado manejo de los activos fijos	ZONA RIESGO EXTREMA	Realizar levantamiento de inventario de activos fijos en los servicios.	Numero de servicios con inventario de activos fijos soportado en acta / Total de los servicios a inventariar	ZONA RIESGO EXTREMA	NO EFFECTIVOS	Para la vigencia 2018 no se realizó el levantamiento de inventarios de activos fijos a los servicios por tal motivo se toma como controles no efectivos, se recomienda implementar los controles para cada vigencia con el fin de evitar la materialización del riesgo.

	Inadecuado manejo de los inventarios	ZONA RIESGO EXTREMA	Asegurar un seguimiento y conteo periódico de la gestión de inventarios dos veces al año.	Confiabilidad de inventarios: Totalidad de inventarios / Total inventarios sobrantes + faltantes	ZONA RIESGO ALTA	EFFECTIVOS	En el año se realizan 2 inventarios en el año, en el segundo semestre de 2018 se evidencia 9 artículos con diferencias los cuales se ajustan teniendo en cuenta en procedimiento de inventarios. Controles efectivos
CALIDAD	No identificación de las desviaciones presentadas frente a los indicadores legales relacionados con la prestación de los servicios de salud.	ZONA RIESGO EXTREMA	Realizar seguimiento a la identificación de las desviaciones de los indicadores de requisitos legales	SEGUIMIENTO INDICADORES: Numero de seguimientos realizados en el periodo / Total de seguimientos programados x 100	ZONA RIESGO EXTREMA	MEDIANAM ENTE EFFECTIVOS	Por parte de la unidad de análisis envían informe del tercer trimestre de 2018 donde indica que se observa cumplimiento de metas, sin embargo se revisan los indicadores de la resolución 256 y se evidencia desviación de la meta de indicadores como 11 689, 690, 612, 12, 687, 219, 386, 705, 689, 701, 700 entre otros, demostrando que el control no es efectivo para evitar la materialización del riesgo.
	No seguimiento a la gestión del riesgo de los programas institucionales	ZONA RIESGO EXTREMA	Realizar seguimiento sobre la gestión de los riesgos de seguridad del paciente frente a los programas asistenciales.	SEGUIMIENTO GESTION DEL RIESGO: Numero de seguimientos realizados en el periodo / Total de seguimientos programados x 100	ZONA RIESGO ALTA	EFFECTIVOS	Se han realizado 2 seguimientos, uno por parte de los líderes de los programas y otro por parte de la líder de seguridad del paciente, se ha avanzado en la identificación de los riesgos asistenciales, la identificación de controles y evaluación de cada uno de los riesgos. Se recomienda identificar los riesgos asistenciales en cada uno de los procesos de la institución, no solo los riesgos de los programas.
CARTERA	Crecimiento en el monto y edad de la cartera, iliquidez para la ejecución presupuestal, Incumplimiento en las metas de recaudo.	ZONA RIESGO EXTREMA	Seguimiento a los tiempos de pago por las ERP. Solicitud de pagos mediante cobros pre jurídicos con la inclusión de intereses moratorios. Cobro por vía Judicial, Conciliación de las cuentas por cobrar con las entidades deudoras identificando las facturas con posibilidad de prescribir. Notificación a los procesos involucrados con las facturas con posibilidad de prescribir.	Total de recaudos por venta de servicios de salud/reconocimiento ajustado (de acuerdo indicador convenio 0386 sin recursos excepcionales) (627)	ZONA RIESGO ALTA	MEDIANAM ENTE EFFECTIVOS	A la fecha se tiene un acumulado de: $39034/62539= 62,42$ Los datos suministrados son dados en miles de pesos y han sido suministrados para el cálculo del indicador por el área financiera a través de la ejecución de ingresos con corte a 30 de junio de 2018, para este periodo contamos con un resultado del 62%, este valor no llega a la meta esperada, teniendo en cuenta que es un indicador de medición anual acumulado y se tienen cuenta que se obtuvo el recaudo de vigencias anteriores año 2018, el cual para el cálculo del indicador como lo exige el convenio 0386 se tiene en cuenta el saldo de la vigencia anterior. Por tal motivo se tiene pendiente el cumplimiento de la meta para revisión al finalizar el ejercicio. Se hace la conversión teniendo en cuenta la meta y se tiene un cumplimiento a la fecha del 75%
	Reproceso en la administración de la información de cartera, Inoportunidad para mantener la información depurada y actualizada	ZONA RIESGO EXTREMA	Conciliación entre los procesos de contabilidad y cartera, actualización de la relación de pagos de las ERP en el software	Saldo en estado de cartera / saldo de cartera en contabilidad Meta : =1	ZONA RIESGO ALTA	MEDIANAM ENTE EFFECTIVOS	Saldo en estado de cartera / saldo de cartera en contabilidad. Meta: =1 PRIMER TRIMESTRE DE 2018: $147309789892/147309789892= 1$ SEGUNDO TRIMESTRE DE 2018: $149397312359/149397312359= 1$ TERCER TRIMESTRE DE 2018: $156370881393/156370881393= 1$

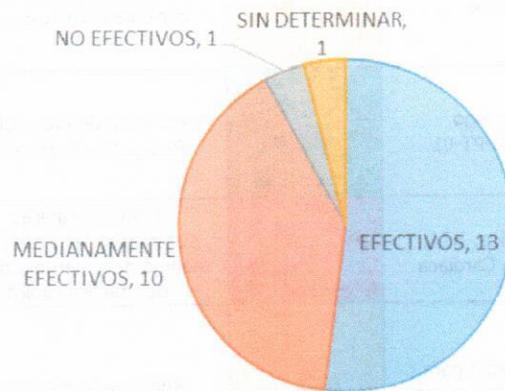
			suministrado				<p>A la fecha se ha dado cumplimiento a la meta establecida.</p> <p>No se tiene soporte del segundo control que corresponde a la actualización de la relación de pagos de ERP en el software suministrado, lo que dificulta identificar si el control es efectivo o no, además no se tiene identificado indicador para este control.</p>														
CONTRATACIÓN	No reporte oportuno de rendición de contratos en las plataformas destinadas por los entes de control y seguimiento.	ZONA RIESGO ALTA	Efectuar reporte oportuno de la relación de los entes de vigilancia y control.	Reporte contratos: Número de contratos reportados a las plataformas de vigilancia y control / Total de contratos suscritos en el periodo x100	ZONA RIESGO ALTA	EFFECTIVOS	<p>En la plataforma SIA observatorio se tienen publicado lo siguiente:</p> <p>Junio, cerrado el 8 de julio, publicado 22 contratos</p> <p>Julio, cerrado el 7 de agosto, publicado 16 contratos</p> <p>Agosto, cerrado el 6 de septiembre, publicado 23 contratos</p> <p>Septiembre, cerrado el 10 de octubre, publicado 80 contratos</p> <p>Octubre, cerrado el 7 de noviembre, publicado 19 contratos</p> <p>Cumple con los controles establecidos</p>														
	No cumplimiento de requisitos habilitantes	ZONA RIESGO ALTA	Verificar el cumplimiento de los requisitos habilitantes para la suscripción de contratos.	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS: Número de contratos que cumplieron requisitos habilitantes / Total de contratos suscritos en el periodo x100	ZONA RIESGO EXTREMA	SIN DETERMINAR	<p>Se revisaron 14 contratos de los cuales los 14 no tienen requisitos habilitantes, lo que dificulta la evaluación de la efectividad del control, se recomienda identificar con claridad si este corresponde a todos los contratos suscritos en la entidad o a un tipo específico de contratos, se debe revisar el indicador vs acción y riesgo, así como el riesgo residual después de controles, ya que pasa de zona riesgo alta a extrema.</p>														
GESTIÓN AMBIENTAL	No gestión para el cumplimiento de los requisitos legales	ZONA RIESGO EXTREMA	Fortalecer el cumplimiento a los requisitos y exigencias de ley.	Cumplimiento de requisitos legales: Numero de requisitos legales que se cumplen / Total de requisitos legales aplicables x 100	ZONA RIESGO ALTA	EFFECTIVOS	<p>Se tiene cumplimiento del 99.20% de los requisitos legales concernientes a la gestión ambiental, el restante se encuentra en ejecución para dar cumplimiento al mismo.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">CUMPLIMIENTO</th> <th>PROMEDIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DECRETOS</td> <td>100</td> <td rowspan="5">99,20</td> </tr> <tr> <td>RESOLUCIONES</td> <td>96</td> </tr> <tr> <td>LEYES</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>OTRAS</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>REQUISITOS INSTITUCIONALES</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	CUMPLIMIENTO		PROMEDIO	DECRETOS	100	99,20	RESOLUCIONES	96	LEYES	100	OTRAS	100	REQUISITOS INSTITUCIONALES	100
	CUMPLIMIENTO		PROMEDIO																		
DECRETOS	100	99,20																			
RESOLUCIONES	96																				
LEYES	100																				
OTRAS	100																				
REQUISITOS INSTITUCIONALES	100																				
Inoportunidad para la presentación de datos e informes a las autoridades ambientales, de salud y entes de control.	ZONA RIESGO ALTA	Presentar los informes de ley dentro del término establecido para tal fin.	Numero de informes y/o reportes presentados en el periodo / Total de informes a presentar x 100	ZONA RIESGO ALTA	EFFECTIVOS	<p>Se presentaron 2 informes, uno a la secretaria de salud y otro a corpoboyaca, se recomienda revisar la evaluación del riesgo, el volumen de informes a entregar no es alto lo que no aumenta la probabilidad de materialización del riesgo.</p>															
Gestión de la Tecnología y el Ambiente físico (Ing. Biomédica)	Fallas continuas en los equipos biomédicos, por mal manejo	ZONA RIESGO EXTREMA	Capacitaciones en manejo de equipos biomédicos. Ronda de verificación de equipos. Mantenimiento predictivo,	Porcentaje de capacitación en uso de dispositivos y equipos médicos al personal de salud (1088)	ZONA RIESGO ALTA	MEDIANAMENTE EFFECTIVOS	<p>1. En el primer semestre se ejecutaron 14 capacitaciones a personal nuevo de las 15 personas reportadas por la coordinación de enfermería, la persona que no se logró hacer la capacitación fue Rosa Caro.</p> <p>2. Con corte a noviembre de 2018 se han presentado 161 fallos de equipos, 178 fallos de</p>														

			preventivo y correctivo.	Porcentaje de reportes diarios asociados a operador (1090) Tiempo promedio de número de paradas (550).			accesorios. 3. Con corte a septiembre de 2018 se tiene un promedio 4 horas y 32 minutos, comparado con los años anteriores en el mismo periodo 2 horas y 44 minutos, se ve un aumento de las paradas por causa de mantenimientos correctivos. Los controles son medianamente efectivos, por tal motivo se recomienda evaluar y analizar las estrategias propuestas.
	Daños en los equipos relacionados a causa externas	ZONA RIESGO EXTREMA	Lista de chequeo para verificación de condiciones de seguridad Reporte diario de fallas de equipo biomédico Protocolo de limpieza y desinfección	Cumplir las órdenes de servicio generadas en el periodo de tiempo relacionadas con equipos médicos (1180) Disminución de mantenimientos correctivos implementando las listas de chequeo diarias. (548)	ZONA RIESGO EXTREMA	MEDIANAMENTE EFECTIVOS	CUMPLIR LAS ORDENES DE SERVICIO GENERADAS EN EL PERIODO DE TIEMPO RELACIONADA CON EQUIPOS MÉDICOS = 99.6% DISMINUCIÓN DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS IMPLEMENTANDO LAS LISTAS DE CHEQUEO DIARIAS Se tiene un promedio de 164% teniendo en cuenta que la meta establecida es <50% se tiene una desviación importante en la trazabilidad del indicador, por lo que se recomienda realizar un análisis de posibles causas que generen el riesgo e implementar controles para cada una de las causas identificadas.
TECNOLOGIA Y AMBIENTE FÍSICO (MANTENIMIENTO)	No ejecución del Plan de Mantenimiento	ZONA RIESGO EXTREMA	Dar cumplimiento al cronograma de mantenimiento para infraestructura y dotación hospitalaria	INDICADOR MANTENIMIENTO PREVENTIVO (INDICADOR MANTENIMIENTO CORRECTIVO (Infraestructura	ZONA RIESGO ALTA	MEDIANAMENTE EFECTIVOS	Se cumple con el mantenimiento preventivo y correctivo, solo se observa una desviación en el mes de agosto, se recomienda corregir estas desviaciones para evitar la materialización del riesgo. Sin embargo se recomienda revisar el riesgo, se analice las consecuencias y se identifique el verdadero riesgo.
JURIDICA	VENCIMIENTO DE TERMINOS. INDEBIDA NOTIFICACION ELECTRONICA	ZONA RIESGO ALTA	PRESENTAR ACTUACIONES EN TERMINOS, HACER USO DE LOS RECURSOS	Oportunidad respuesta acciones judiciales administrativas. Numerador: No de acciones judiciales en términos legales Denominador: Número Total de acciones judiciales	ZONA RIESGO ALTA	MEDIANAMENTE EFECTIVOS	Se recomienda establecer las causas que pueden generar el riesgo y establecer controles que mitiguen la materialización del riesgo, ya que de acuerdo a la Auditoria realizada al comité de conciliación y defensa jurídica; se identificó en el caso con Rad 2018-0042 no se asistió a la diligencia de conciliación declarándose fallida la etapa.
	ENTREGA TARDIA DEL PROYECTO DE RESPUESTA EN LOS DIFERENTES SERVICIOS O ÁREAS A LAS CUALES SE DERIVA LAS PETICIONES. PETICIONES INCOMPLETAS,	ZONA RIESGO ALTA	DAR CONTESTACION A LAS PETICIONES DE FONDO Y EN TERMINO, NO RECEPCIONAR PETICIONES INCOMPLETAS O QUE NO DEFINEN EL OBJETO	Respuesta oportuna y de fondo a los derechos de petición (según términos asignados por jurídica mediante Orfeo)	ZONA RIESGO ALTA	MEDIANAMENTE EFECTIVOS	I cuatrimestre 41% en términos II Cuatrimestre 78% en términos III cuatrimestre 100% en términos para un promedio del año del 73% de actuaciones en términos. Se recomienda establecer las causas que pueden generar el riesgo y establecer controles que mitiguen la materialización del riesgo, teniendo en cuenta que en el I y II cuatrimestre el riesgo se materializó.

	CONFUSAS, IRRESPECTUOSAS		APRENDER.				
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	RESPUESTA NO EFECTIVA ANTE UNA SITUACION DE EMERGENCIA INTERNA O EXTERNA EN LA INSTITUCION	ZONA RIESGO ALTA	Realizar simulacros para fortalecer la respuesta ante situaciones de emergencia	SIMULACROS: Numero de simulacros realizados / Total de simulacros programados en el periodo x 100	ZONA RIESGO ALTA	EFFECTIVOS	Se programó y ejecutó 2 simulacros en la institución, se recomienda continuar con los simulacros para fortalecer la respuesta a emergencia por parte de los funcionarios de la institución.
GESTION DEL TALENTO HUMANO	El personal incumple con los requisitos, perfiles y competencia exigidos y enmarcados dentro de las normas que regulan la función pública	ZONA RIESGO EXTREMA	Realizar seguimiento al cumplimiento de los requisitos, perfiles y competencias	No. personas que cumplen los requisitos/total de personas contratadas *100	ZONA RIESGO ALTA	EFFECTIVOS	Se revisan 5 hojas de vida enviadas por la empresa Laboramos, se evidencia cumplimiento de los requisitos solicitados por la empresa temporal.
SERVICIOS BASICO	No cumplimiento de las acciones de corrección implementadas para evaluar la gestión del tercerizado.	ZONA RIESGO EXTREMA	Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones de corrección implementadas producto de las inspecciones.	Eficacia de acciones correctivas : Numero de acciones correctivas eficaces / Total de acciones correctivas establecidas x 100	ZONA RIESGO ALTA	MEDIANAMENTE EFFECTIVOS	En promedio se tiene 71.5% de eficacia de las acciones correctivas, las acciones pendientes corresponden a arreglos de infraestructura, se recomienda tomar las acciones pertinentes para evitar la materialización del riesgo y complementar los controles para hacerlos más efectivos. Se recomienda identificar el proceso con el mismo nombre que se encuentra en mapa de procesos institucional.
DIRECCIONAMIENTO O ESTRATEGICO	Incumplimiento de metas, planes y programas	ZONA RIESGO EXTREMA	Realizar seguimiento periódico al cumplimiento de las metas para verificar avances. De la gestión institucional. Realizar seguimiento los planes de acción de la entidad desarrollados mediante los comités institucionales.	Informe de seguimiento Gestion por indicadores. Informe de cumplimiento de POA. Seguimiento de cumplimiento planes de acción de comités institucionales	ZONA RIESGO ALTA	EFFECTIVOS	Se realiza monitoreo del cumplimiento de metas, planes y programas a través de informes de indicadores, informe de POA y seguimiento a comités institucionales, los cuales han tenido un resultado favorable.
	No seguimiento a la necesidades institucionales que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales	ZONA RIESGO ALTA	Gestionar y realizar seguimiento en comité directivo las necesidades que afecten el logro de los objetivos institucionales y el normal desarrollo de la entidad.	1. Acta de comité directivo 2. Acta de entrega de turno.	ZONA RIESGO ALTA	EFFECTIVOS	Se evidencia que para hacer cualquier solicitud de necesidad de los procesos y/o áreas en la entidad, se envía carta de solicitud a la respectiva subgerencia u oficina asesora, estas se llevan por los subgerentes y oficina asesora a comité directivo de gerencia, donde son revisados, estudiados y aprobados junto con la Gerente En la vigencia 2018 se han realizado 53 comités directivos Se han realizado 50 actas de entrega de turno, se realiza seguimiento de los compromisos adquiridos en cada una de las reuniones de entrega de turno.

De los 25 controles evaluados por la oficina de control interno para los riesgos por proceso, se determina que 13 son efectivos (52%), 10 son medianamente efectivos (40%), 1 no efectivo (4%) y 1 sin determinar (4%), por lo que se recomienda revisar, fortalecer y de ser necesario replantear controles que ayuden a la mitigación de los riesgos identificados.

EFFECTIVIDAD DE CONTROLES RIESGOS POR PROCESO



SEGUIMIENTO RIESGOS ASISTENCIAL.

Los riesgos asistenciales como se mencionó con anterioridad se desarrollan a través de los programas institucionales de los cuales se evaluaron los riesgos que se sitúan en riesgo extremo y alta, obteniendo los siguientes resultados de acuerdo a lo reportado por cada uno de los líderes de proceso:

PROGRAMA: AMIGOS DEL CORAZON				
Riesgo	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	% DE AVANCE REPORTADO	SOPORTE	NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO
No identificar a los pacientes con alto riesgo cardiovascular durante su atención en la institución	*Monitorización en el área de recuperación por servicio de Anestesiología, Enfermería 2 horas posterior al procedimiento quirúrgico	90	Aldrete de Anestesiología y control de signos vitales en Salas de Cirugía	Se tiene un avance del 90% de cumplimiento de la actividad propuesta, se cumple controles.
	Toma de signos vitales previos al traslado del servicio de Recuperación y en el momento del ingreso al servicio de Internación	90	Registro en Monitoreo y Control de Signos vitales historia sistematizada	Se tiene un avance del 90% de cumplimiento de la actividad propuesta, se cumple controles.
	Historia clínica sistematizada que articula antecedentes y valoraciones de especialidades previas.	90	Registro de antecedentes en historia clínica sistematizada	Se tiene un avance del 90% de cumplimiento de la actividad propuesta, se cumple controles.

	Protocolo de riesgo cardiovascular UI-PT-01	100	Documento de Protocolo de Riesgo Cardiovascular	Se elaboró el protocolo de riesgo cardiovascular.
Inadecuada monitorización del paciente con riesgo alto cardiovascular	Ubicar a pacientes con alto riesgo cerca al puesto de enfermería.	70	Asignación de pacientes e identificación en el tablero clínico con corazón de paciente cardiovascular	Se tiene un avance del 70% de cumplimiento de la actividad propuesta, se cumple medianamente con los controles.
	Protocolo de riesgo cardiovascular UI-PT-01	100	Documento de Protocolo de Riesgo Cardiovascular	Se elaboró el protocolo de riesgo cardiovascular.
Error en el diagnóstico y manejo del paciente con enfermedad cardiovascular de acuerdo a la clasificación según Framingham	Guías de práctica clínica: HTA, DM, EPOC, ERC, Falla Cardíaca	50	Historias clínicas sistematizadas y plan de manejo de acuerdo a guías de práctica clínica	Se tiene un cumplimiento del 50% de la guías de práctica clínica
	Escala de Framingham para clasificación de pacientes con riesgo cardiovascular	70	Registro de escala en historia sistematizada	Se tiene un avance del 70% de cumplimiento de la actividad propuesta, se cumple medianamente con los controles.
	Protocolo de riesgo cardiovascular UI-PT-01	100	Documento de Protocolo de Riesgo Cardiovascular	Se elaboró el protocolo de riesgo cardiovascular.
No seguimiento a la instauración del plan de manejo en el paciente con alto riesgo cardiovascular en el ámbito ambulatorio	Base de datos de paciente con riesgo cardiovascular de las EPS e IPS y envío anual a las EPS	70	Base de datos de paciente con riesgo cardiovascular	Se tiene un avance del 70% de cumplimiento de la actividad propuesta, se cumple medianamente con los controles.
No Adherencia Del Personal Asistencial A Las Guías Clínicas Y Protocolos Para La Atención Del Paciente Con riesgo cardiovascular	Guías de practica clínica: HTA, DM, EPOC, ERC, Falla Cardíaca	50	Historias clínicas sistematizadas y plan de manejo de acuerdo a guías de práctica clínica	Se tiene un cumplimiento del 50% de la guías de practica clínica

Reingreso al servicio de hospitalización antes de 15 días posterior al egreso por la misma causa (falla cardíaca) luego de ser incluido en el programa amigos del corazón	Entrega de recomendaciones nutricionales, rehabilitación cardíaca, en medio físico a través de cartillas de Riesgo Cardiovascular y de la Liga Colombiana contra el infarto y la hipertensión.	70	Registro en historia clínica de entrega de recomendaciones y Cartilla de RIESGO CARDIOVASCULAR	Se tiene un avance del 70% de cumplimiento de la actividad propuesta, se cumple medianamente con los controles.
Reingreso a hospitalización antes de 6 meses de pacientes con diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio	Entrega de recomendaciones nutricionales, rehabilitación cardíaca, en medio físico a través de cartillas de Riesgo Cardiovascular y de la Liga Colombiana contra el infarto y la hipertensión.	70	Registro en historia clínica de entrega de recomendaciones y Cartilla de RIESGO CARDIOVASCULAR	Se tiene un avance del 70% de cumplimiento de la actividad propuesta, se cumple medianamente con los controles.
PROGRAMA: B24				
Riesgo	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO
No identificación de comorbilidad	* Reunión semestral del Equipo Interdisciplinario para la identificación, manejo y análisis de comorbilidades de los pacientes del Programa B24.	100%	Acta Reunión Equipo Interdisciplinario Programa B24 (21-08-2018 : Socialización de Matriz de Riesgos Programa B24, fechas de capacitación: 28-08-2018 Generalidad VIH (concepto VIH, SIDA, clasificación, mecanismos de transmisión indicaciones de la prueba). Fecha de próxima capacitación: 16-10-2018 : Identificación manejo y análisis de principales comorbilidades VIH. Se anexan los soportes de lo mencionado anteriormente.	Se evidencia acta de reunión semestral para la identificación, manejo y análisis de comorbilidades de los pacientes del programa B24.
No cambio de Tratamiento a pacientes con falla virológica	* Oportunidad en la solicitud de los estudios de resistencia viral a los Pacientes del Programa B24. * Manejo empírico presumiendo resistencias de tratamientos anteriores cuando los pacientes presentan falla virológica y la EPS no autoriza el GENOTIPO.	NA	Actualmente, el Programa B24 no cuenta con pacientes en falla virológica, que sea necesario la solicitud del GENOTIPO .	No se tienen registros para la evaluación de este control.

<p>La no entrega del tratamiento antirretroviral</p>	<p>* Contar con el stock de medicamentos de manera permanente. *Informar oportunamente al servicio farmacéutico del listado de pacientes con su esquema de tratamiento. *Envío del medicamento al domicilio del paciente una vez se cuenta con éste en la institución (en caso de no hacer la entrega una vez finalizada la consulta).</p>	<p>100%</p>	<p>Envío mensual por correo electrónico de la programación de los pacientes del Programa B24 a la Química Farmacéutica. Envío por correo certificado (Servientrega) mediante ORFEO medicamentos faltantes a los pacientes. Se anexan los soportes de lo mencionado anteriormente.</p>	<p>Se cumple con los controles para dar a los pacientes el tratamiento antirretroviral. Sin embargo se recomienda definir tiempos de entrega con el fin de que ésta sea oportuna.</p>
--	--	-------------	---	---

PROGRAMA: TECNOVILANCIA Y FARMACOVIGILANCIA

Riesgo	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVELES DE SEGUIMIENTO
				NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO
<p>Inadecuado uso de los equipos medicos</p>	<p>La capacitación o reinducción sobre los equipos médicos se realiza en distintos casos tanto en equipos nuevos como en equipos antiguos y se busca que el personal que opera dichos equipos esté en constante educación acerca del manejo y los cuidados de los mismos. Para asegurar este aprendizaje constante aplican distintas estrategias de la siguiente manera: Inducción del proveedor de nueva tecnología. Capacitación de equipos al personal asistencial por necesidad detectada. Capacitación periódica por cronograma "Conoce tu equipo biomédico en 15 minutos". Seguimiento a las estrategias de capacitación implementadas.</p>	<p>100%</p>	<p>Actas de asistencia de colaboradores a Eventos TH-F-15</p>	<p>Se evidencian capacitaciones al personal responsable del uso de los equipos biomédicos con el fin de hacer uso de adecuado de los mismos. El porcentaje de cobertura de capacitación es mínimo por lo que se recomienda establecer línea base y meta de avance periodo a periodo.</p>
<p>Inoportunidad y no continuidad en la atención de los pacientes, por fallo de equipos médicos</p>	<p>Implementación de Procedimiento IB-PR-03 Verificación e condiciones de seguridad, mediante aplicación periódica de condiciones de seguridad de la tecnología biomédica IB-F-06. Seguimiento a los hallazgos de la verificación de las condiciones de seguridad del formato IB-F-06</p>	<p>100%</p>	<p>Lista de chequeo para verificación de condiciones de seguridad de la tecnología biomédica IB-F-06</p>	<p>El proceso de biomédica realiza rondas para verificar las condiciones de seguridad de los equipos biomédicos.</p>

Inseguridad en la atención del paciente por el desconocimiento en el uso de nuevas tecnologías	*Capacitar al personal en el uso de nuevas tecnologías (equipos médicos, dispositivos médicos). Seguimiento al uso de las nuevas tecnologías	100%	Actas de registro, CA-F-18. (capacitación)	Se evidencian capacitaciones al personal responsable del uso de los equipos biomédicos con el fin de hacer uso de adecuado de los mismos. Sin embargo el porcentaje de cobertura de capacitación es mínimo por lo que se recomienda establecer línea base y meta de avance periodo a periodo.
Inadecuado uso y adquisición de tecnología, con alertas sanitarias publicadas por el INVIMA.	*Seguimiento diario de las alertas de tecno vigilancia del INVIMA *Divulgación y Gestión adecuada y pertinente de las alertas sanitarias a través de la oficina de comunicaciones de la Institución	100%	FORMATO SF-F-86 (seguimiento de alertas invita). Boletín informativo institucional y correos electrónicos desde el departamento de comunicaciones (Divulgación de alertas sanitarias)	Se evidencia seguimiento a las alertas del Invima y demás fuentes para evitar la materialización del riesgo.
Utilización de dispositivos médicos vencidos	*Adquisición de dispositivos médicos con fecha de vencimiento amplias *Capacitación del procedimiento y programa de tecno vigilancia a los colaboradores involucrados. *Efectuar ronda de tecno vigilancia activa *Aplicar el procedimiento SF-PR-24 CUSTODIA, VERIFICACIÓN, USO Y REPOSICIÓN DEL CARRO DE PARO	75%	La adquisición de dispositivos médicos con fecha de vencimiento amplias se puede observar en consulta de movimientos dentro del software del servicio farmacéutico servinte .Actas de registro. CA-F-18 (capacitación), SF-F-77 Evaluación del adecuado manejo y custodia de medicamentos y dispositivos médicos SF-F-77 (rondas de tecno y farmacovigilancia)	Se evidencia que los dispositivos médicos utilizados en la institución tienen un vencimiento prudente para evitar la materialización del riesgo.
Administración equivocada de medicamentos y soluciones por error en el uso de los Dispositivos Médicos	*Capacitación al personal asistencial en temas relacionados con tecnovigilancia y administración segura de medicamentos. *Ronda de tecno y farmacovigilancia *Evaluación Adherencia al manual ENF-M-02 MANUAL DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	80%	Actas de capacitación.CA-F-18 (capacitación), Evaluación del adecuado manejo y custodia de medicamentos y dispositivos médicos SF-F-77 (rondas de fármaco y tecnovigilancia). Formato CA-F-62 (Reporte de eventos adversos relacionados con la atención del paciente. Se establece cronograma de capacitaciones 2019	Se evidencia cumplimiento de los controles existentes, se continúa con la buena práctica de administración de medicamentos.
Inefectividad del dispositivo durante su uso	*Implementación del procedimiento SF-PR-28 RECEPCION TECNICO ADMINISTRATIVA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS *Capacitación en el uso de tecnologías existentes y de las nuevas. *Seguimiento al uso de	100%	Actas de capacitación.CA-F-18 (capacitación), Evaluación del adecuado manejo y custodia de medicamentos y dispositivos médicos SF-F-77 (rondas de fármaco y tecnovigilancia). Formato CA-F-62 (Reporte de	Se realiza el 100% de las rondas y capacitaciones al personal con el fin de evitar el más uso e identificación de fallas de los dispositivos utilizados en el proceso de atención de los pacientes.

	<p>las nuevas tecnologías *Ronda de tecno vigilancia *Reporte de eventos e incidentes relacionados con dispositivos médicos (a antes de control y proveedores).</p>		<p>eventos adversos relacionados con la atención del paciente).</p>	
<p>Aparición de efectos colaterales por el uso de dispositivos médicos (alergias e infecciones entre otros)</p>	<p>*Aplicar el SF-PR-16 SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS *Capacitación al personal asistencial en temas relacionados con tecnovigilancia reporte de eventos e incidentes relacionados con dispositivos médicos. *Reportar a través de formato CA-F-62 REPORTE DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE y plataforma DARUMA los eventos e incidentes relacionados con el uso de dispositivos médicos.</p>	100%	<p>Actas de capacitación.CA-F-18 (capacitación), Formato CA-F-62 (Reporte de eventos adversos relacionados con la atención del paciente).</p>	<p>Se realiza seguimiento al reporte e identificación de dispositivos médicos.</p>

PROGRAMA: HEMOVIGILANCIA

Riesgo	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVELES DE SEGUIMIENTO
				NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO
<p>Incorrecto diligenciamiento de la solicitud de hemocomponente (ilegible, identificación incorrecta del paciente, Historia clínica con errores en digitación, paciente incorrecto).</p>	<p>*Realizar seguimiento a órdenes de solicitud de hemocomponentes *LB-F-36 LISTA DE CHEQUEO TRANSFUSION SEGURA PR-05 TRAMITE DE RESERVA Y SOLICITUD DE HEMOCOMPONENTES *Doble verificación de los datos de identificación del paciente en historia clínica</p>	80%	<p>LB-F-36 LISTA DE CHEQUEO TRANSFUSION SEGURA PR-05 TRAMITE DE RESERVA Y SOLICITUD DE HEMOCOMPONENTES ACTUALIZACION Y MODIFICACION.</p>	<p>Se realizó LB-F-36 LISTA DE CHEQUEO TRANSFUSION SEGURA por parte de seguridad del paciente 98% de adherencia en el primer trimestre del 2018 .LISTA DE CHEQUEO PARA VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO UNIDAD TRANSFUSIONAL, con el 100% de cumplimiento</p> <p>Se cumple con los controles propuestos.</p>
<p>Identificación incorrecta de muestras para pruebas pretrasfusionales (Nombres, apellidos, identificación, cama)</p>	<p>Realizar seguimiento a toma de muestras a través de adherencia al manual toma de muestras</p>	80%	<p>LB-F-54 VERIFICACION DE ADHERENCIA A TOMA DE MUESTRAS EN INTERNACION, URGENCIAS,CONSULTA EXTERNA ITENS NUMERO 9 9.1 POR LA COORDINADORA DE CALIDAD LISTA DE MODIFICACION DEL ACCESO VENOSO</p>	<p>Medición de adherencia a toma de muestras, adherencia del 72% LISTA DE CHEQUEO PARA VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO UNIDAD TRANSFUSIONAL</p> <p>Se cumple con los controles propuestos.</p>

<p>Técnica inadecuada en la toma de muestra</p> <ul style="list-style-type: none"> *riesgo biológico para el paciente y el trabajador *Infecciones *Hematoma en sitio de punción *Hemólisis asociada a la administración conjunta de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> *Ajustar el Manual de toma de muestras e incluir el proceso de toma de muestras en acceso venoso adecuado (lavado de vena) *Realizar seguimiento a toma de muestras a través de adherencia al manual toma de muestras adicionando un ítem de verificación de toma de muestra en acceso adecuado 	<p>70%</p>	<p>LB-F-54 VERIFICACION DE ADHERENCIA A TOMA DE MUESTRAS EN INTERNACION, URGENCIAS,CONSULTA EXTERNA ITEMS NUMERO 9 9.1 POR LA COORDINADORA DE CALIDAD LISTA DE MODIFICACION DEL ACCESO VENOSO INFORME DE ADHERENCIA A TOMA DE MUESTRA Y EN PROCESO INFORME ADHERENCIA TRANSFUSION SEGURA EN PROCESO</p>	<p>Medición de adherencia a toma de muestras, LISTA DE CHEQUEO PARA VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO UNIDAD TRANSFUSIONAL con el 100% de cumplimiento</p> <p>Se cumple medianamente con los controles propuestos.</p>
<p>Muestra insuficiente muestra coagulada, patología propia del paciente auto aglutinación, Incorrecto procesamiento de las Pruebas pre transfusionales (hemoclasificación en placa)</p>	<p>Descartar las muestras con no cumplan con lo estipulado en el manual de toma de muestras. Contar con centrifuga exclusiva para muestras sanguíneas. Protocolizar montaje de pruebas cruzadas únicamente con resultado en técnica en tarjeta Lista de chequeo semestral medición de adherencia a toma de muestras. Lista de chequeo medición de adherencia a procedimientos, protocolos, manuales y poes laboratorio clínico. Seguimiento mensual a RAT. Cronograma de inducción y reinducción. Gestion de insumos</p>	<p>100%</p>	<p>ACTAS DE COMITÉ Y SOCIALIZACION EL FLUJOGRAMA PARA ACTUAR EN CASOS ESPECIALES SOCIALIZACION RAT DE FEBRERO</p>	<p>Seguimiento en comité transfusional bimensual, adherencia a toma de muestras lista de chequeo unidad transfusional.</p> <p>Se cumple con los controles propuestos.</p>
<p>Daño en las neveras y congeladores, falla eléctrica (no funcionamiento planta), Falta de calibración en los termohigrometro. Ausencia de registros de temperaturas de las neveras. Baja rotación de inventario. Falta de disponibilidad de hemocomponentes (Grupos infrecuentes Rh Negativos)</p>	<p>Manejo diario de stock protocolizado por la institución, registro diario de temperatura y humedad según procedimiento</p>	<p>100%</p>	<p>MANTENIMIENTO Y CARPETA DE CONTROL DE STOCK DIARIO</p>	<p>Revisión constante de los equipos mantenimientos preventivos.</p> <p>Se cumple con los controles propuestos.</p>

Transfusión de Hemocomponentes no compatibles con el paciente. Riesgo de reacciones adversas a la transfusión (infección, incompatibilidad de grupo, Trali, sensibilización)	Adherencia de Guía sobre la transfusión de hemocomponentes sanguíneos y derivados plasmáticos LB-G-02 GUIA RAPIDA PARA TOMAR DECISIONES EN MEDICINA TRANSFUSIONAL, G-85 USO APROPIADO HEMOCOMPONENTES SANGUINEOS EN PACIENTES PEDIATRICO, UI-G-95 USO APROPIADO DE HEMOCOMPONENTES SANGUINEOS EN PACIENTES ADULTOS	80%	ACTAS DE PRIMER, SEGUNDO COMITÉ TRANSFUSION SANGUINEA 2018 CRONOGRAMA ACTIVIDADES LIDER DE HEMOVIGILANCIA	Se están realizando socializaciones de la nueva guía del ministerio de salud la adopción. Se cumple con los controles propuestos.
Falta de disponibilidad de Hemocomponentes	Mantener vigente los contratos con los bancos proveedores.	100%	CONTRATOS VIGENTES BANCOS PROVEEDORES HEMOCENTRO DEL CENTRO ORIENTE COLOMBIANO 201 2018/ CRUZ ROJA COLOMBIANA 277 2018/HIGUERA ESCALANTE 283 2018	Se han mantenido los contratos con los bancos proveedores. Se cumple con los controles propuestos.
Pérdida económica e indicador negativo antes de control.	Seguimiento a las guías institucionales, seguimiento al registro de temperaturas, seguimiento a indicador de stock diario, seguimiento a indicador de incineración de hemocomponentes.	100%	INFORME MENSUAL SECRETARIA DE SALUD INDICADOR EN PROCESO APROBACION PARA SUBIR A DARUMA	Alimentando indicadores de incineración reportando a el sistema de hemovigilancia SIHEVI del Instituto nacional de salud. Se cumple con los controles propuestos.

PROGRAMA: USO RACIONAL ANTIBIOTICOS

Riesgo	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVELES DE SEGUIMIENTO
				NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO
Prescripción incorrecta de antibióticos restringidos en Dosis, frecuencia.	Revisión de las solicitudes de antibióticos restringidos y evaluación de la adherencia al listado de antibióticos para el manejo de infecciones.	100%	Código: SF-F-83 formato de registro de revisión y evaluación de la prescripción de antibióticos-programa uso racional de antibióticos.	A la fecha se tiene un cumplimiento del 100% de revisión y evaluación de la prescripción de antibióticos. Los controles son efectivos
Manejo incorrecto del proceso infeccioso, según la epidemiología y la guía de profilaxis antibiótica y al manejo de infecciones IAAS, e infecciones en la comunidad la institución.	Revisión de las solicitudes de antibióticos restringidos y evaluación de la adherencia al listado de antibióticos para el manejo de infecciones.	100%	Código: SF-F-83 formato de registro de revisión y evaluación de la prescripción de antibióticos-programa uso racional de antibióticos.	A la fecha se tiene un cumplimiento del 100% de revisión y evaluación de la prescripción de antibióticos. Los controles son efectivos

Antibióticos administrados prolongadamente y se evidencia en el paciente falla renal y hepática.	Evaluación de injuria renal y enfermedad hepática inducida por fármacos (DILI) causados por antibióticos. Marcadores a seleccionar para evaluar la injuria renal y DILI. Sistema de clasificación. Antibióticos neurotóxicos y hepatotóxicos. Selección de antibióticos neurotóxicos y hepatotóxicos a analizar. Condiciones de los pacientes. Farmacocinética de vancomicina. Modificación de Manual de uso Racional de antibiótico.	80%	Presentación de falla hepática y renal. Acta de reunión de falla hepática y renal. Boceto al procedimiento de Monitorización farmacocinética de vancomicina. Avance a la modificación de programa de uso Racional de Antibióticos.	Se realiza por parte del líder de farmacovigilancia el Boceto al procedimiento de monitorización de vacomicina, se socializa al personal que se puede solicitar a laboratorio clínico el monitoreo de vacomicina en sangre cuando sea requerido. Los controles son medianamente efectivos
Se prescriben y administran antibióticos no acordes con el microorganismo aislado (resistencia) causante de la infección según el resultado del antibiograma.	Revisión de las solicitudes de antibióticos restringidos y evaluación de la adherencia al listado de antibióticos para el manejo de infecciones. Modificación de Manual de uso Racional de antibiótico. Creación de indicador.	30%	Código: SF-F-83 formato de registro de revisión y evaluación de la prescripción de antibióticos- programa uso racional de antibióticos.	Se encuentra en 30% de avance para el cambio de indicadores del programa de uso racional de antibióticos

PROGRAMA: REACTIVOVIGILANCIA

Riesgo	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO
Recibir un reactivo deteriorado, Cajas con alteración del empaque, Reactivo sin Registro Sanitario, fabricados y/o importados por establecimientos no autorizados, inadecuadas condiciones de transporte	*Formato LB-F-30 RECEPCION TECNICA DE INSUMOS Y REACTIVOS, Realizar seguimiento a las condiciones de los reactivos (Recepción)	95%	Lista de verificación Cód. LB-F-53	Se realiza recepción técnica de insumos y reactivos para verificar las condiciones de entrega de los mismos. Controles Efectivos
No adecuado almacenamiento a temperatura, humedad e iluminación requerida	*Formato LB-F-30 RECEPCION TECNICA DE INSUMOS Y REACTIVOS, Realizar seguimiento a las condiciones de los reactivos (Recepción)	95%	Lista de verificación Cód. LB-F-53	Se realiza seguimiento a los condiciones de temperatura y humedad de los insumos y reactivos. Controles efectivos
Deterioro en los controles de calidad, desempeño del resultado del control de calidad fuera de rango	* Aplicar el Control de calidad externo, Aplicar control de calidad interno	71%	Lista de verificación Cód. LB-F-53	Indicador desempeño global de las pruebas a junio en un 92% indicador adherencia a procedimientos, protocolos, manuales y POES del laboratorio clínico se realiza informe avance de un 50% Controles medianamente efectivos
Resultado erróneo de exámenes de laboratorio	Evaluación de adherencia a procedimientos, protocolos,	72%	LB-F-52 lista VERIFICACION DE ADHERENCIA A	listas de chequeo: resultados de un 95% de

	manuales y POES del laboratorio clínico		PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS, MANUALES Y POES LABORATORIO CLINICO	<p>cumplimiento adherencia al programa de Reactivo vigilancia</p> <p>indicador adherencia a procedimientos, protocolos, manuales y POES del laboratorio clínico se realiza informe avance de un 50%</p> <p>Controles medianamente efectivos</p>
PROGRAMA: Soporte Metabólico y Nutricional.				
Riesgo	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO
Retiro o auto retiro de acceso de nutrición enteral o parenteral	Estandarizar la verificación de las barreras de seguridad relacionadas con la administración de nutrición parenteral en la entrega la turno de enfermería	100	Manual de nutrición parenteral y actas	Se documentó el manual de nutricionales parenterales, se evidencia actas de socialización del mismo
	Realizar taller de técnica de inmovilización terapéutica	50	Acta	Se encuentra en proceso para realizar el taller de técnica de inmovilización terapéutica
	Realizar taller de técnica de fijación adecuada de sonda	100	Acta	Se realiza taller de técnica de fijación terapéutica
	Curso virtual de soporte metabólico y nutricional	100	Página web	Se encuentra activo el curso virtual de soporte metabólico y nutricional.
Inadecuada vigilancia del paciente con nutrición parenteral/enteral	Evaluar adherencia a los protocolos adherencia a los protocolos del programa	100	Listas de chequeo	A través de listas de chequeo se realizan seguimiento a la adherencia de los protocolos del programa.
	Incentivos de refuerzo positivo por adecuada adherencia a los protocolos el programa	100	Correo enviado a coordinación de enfermería	Se evidencia correos enviados a la coordinación de enfermería relacionadas con los incentivos de refuerzo positivos
	Revista diaria por grupo de soporte metabólico y nutricional	100	Evolución y censo diario	Se realiza revista diaria a los pacientes por el grupo de soporte metabólico y nutricional.
	En reincidencia (más de dos) de fallas del individuo instauración de comparendos pedagógicos	100	Comparendo	Se realiza comparendo pedagógico de soporte metabólico y nutricional a los pacientes que reincidan

	Capacitación en soporte nutricional en proceso de inducción y reinducción	100	Actas	Se capacita a los funcionarios en el programa de soporte metabólico y nutricional.
Incorrecta administración de dieta	Diseñar folletos o métodos audiovisuales para la información y educación del paciente y la familia.	60	Formatos en proceso de elaboración	Se encuentra en un 60% de avance en el diseño e implementación de folletos o medios audiovisuales para la educación del paciente.
	Brindar asesoría individual y/o grupal al paciente y familia en cuanto a alimentación	100	Valoración nutricional y evolución nutricional	Se realiza valoración nutricional a los pacientes que lo requieren
	Barreras de seguridad en pacientes programados para cirugía	100	Indicador de cancelación de cirugía por paso de dieta	Se realiza seguimiento al indicador de cancelación de cirugías por paso de dieta.

PROGRAMA: TROMBOLISIS

Riesgo	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO
No identificación correcta de pacientes con ACV isquémico candidatos a trombolisis	Capacitación semestral al recurso humano asistencial (Médicos, Jefes de Enfermería, Auxiliares de enfermería, camilleros, técnicos de radiología)	100%	Acta	Se evidencia capacitación mensual al recurso humano asistencial, además de la socialización de la matriz de riesgos.
Evaluación incorrecta del paciente con ataque cerebrovascular (ACV) isquémico agudo				
Inoportunidad realización de imagen diagnóstica (TAC cerebral)				

No disponibilidad del medicamento (RTPA) para trombolizar	*Tener reserva o stock del medicamento con base en el historico *Disponer de un proveedor alterno para el envío inmediato del medicamento	100%	Inventario en farmacia	Se revisa con el proceso de urgencias la disponibilidad del medicamento (RTPA).
No rehabilitación efectiva, segura, y de inicio precoz durante la estancia hospitalaria de los pacientes con ACV Isquémico para reducir secuelas	Capacitación semestral al recurso humano asistencial (Médicos, Jefes de enfermería, Auxiliares de enfermería, camilleros, técnicos de radiología)	100%	Acta	Se evidencia capacitación del 05 de junio y 24 de septiembre de 2018.
Trombolisis en paciente con contraindicación de la misma				
perdida de continuidad de manejo y control en seis meses del paciente para evaluar la escala de Bartel	*Socializar anual el protocolo de rehabilitación de paciente con ACV isquémico a todo el personal (neurólogos, grupo de rehabilitación) *Ofrecer el servicio de manejo integral paciente del programa a las aseguradoras	100%	Acta socialización Portafolio de servicios	Se evidencia acta de socialización del 28 de febrero de 2018.
PROGRAMA: BUEN TRATO				
Riesgo	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVELES DE SEGUIMIENTO
				NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO
Revictimización del paciente que ingresa por cualquier tipo de violencia	* Identificar consultorio asignado para la atención a víctimas de violencia. *Capacitar al personal de urgencias en temas relacionados.	100%	Acta Consultorio asignado	Se evidencia acta de consultorio asignado en junio de 2018, junto con la capacitación del personal de urgencias.
No administración de profilaxis como lo contempla el protocolo de atención	* Realizar seguimiento a la aplicación la ruta de atención y protocolo institucional para víctimas de violencia. *Verificar con talento humano la existencia de certificación del curso de atención a víctimas de violencia sexual del personal asistencial urgencias.	100%	indicador DARUMA	El indicador de porcentaje de adherencia a la ruta de atención en código verde en requerimiento de ordenes al egreso tiene un cumplimiento del 85.71% cumpliendo con la meta establecida >70% CAPACITACION AL PERSONAL ASISTENCIAL EN PROGRAMA BUEN TRATO RELACIONADO CON CÓDIGO VERDE (1464) 100%

Demora en la activación de la ruta de protección interinstitucional	Capacitación en la ruta de atención	100%	Acta	Se tienen 3 jornadas de capacitación del 12,13 y 14 de diciembre de 2018 con la participación de 250 personas en las 3 jornadas.
Entrega incompleta de ordenes o no entrega de ordenes al egreso	Evaluar la adherencia a la aplicación de la ruta de atención de víctimas de violencia a través de la lista de chequeo UI-F-029 Evaluar adherencia a las condiciones del egreso del paciente a través de la LISTA DE CHEQUEO EGRESO FAVORABLE DEL PACIENTE UI-F-30	100%	indicador DARUMA	El indicador porcentaje de adherencia a la ruta de atención de código verde tiene un cumplimiento del 100% para el 2018.
Inoportunidad en la realización de paraclínicos o no solicitud de estos	Evaluar la adherencia a la ruta de atención institucional de código verde a través de la lista de chequeo (UI-F-29) LISTA DE CHEQUEO DE ADHERENCIA A LA RUTA DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL EN CODIGO VERDE	100%	indicador DARUMA	El indicador de porcentaje de adherencia a la ruta de atención en código verde en requerimiento de ordenes al egreso tiene un cumplimiento del 85.71% cumpliendo con la meta establecida >70%
Inoportunidad en el diligenciamiento de la ficha de notificación SIVIGILA	Evaluar la notificación de todos los casos a SIVIGILA	100%	indicador DARUMA	NOTIFICACIONES DE VIOLENCIA REALIZADAS POR EL HOSPITAL AL SIVIGILA para el 2018 tiene un cumplimiento del 100%

PROGRAMA MADRE CANGURO

Riesgo	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO
Falta de captación e ingreso de pacientes con indicación al entrenamiento y seguimiento del Programa	Aplicar lista de chequeo para el egreso del paciente	100%	Acta de reunión con Enfermería UCIN y Equipo de Trabajo PMC Escala para verificar condiciones al egreso en la HC sistematizada	Aplicar lista de chequeo para el egreso del paciente se encuentra en Historia Clínica
	Notificación a la EPS del paciente que no acepta seguimiento en PMC ambulatorio	100%	Acta de reunión equipo de trabajo PMC Archivo PMC, soporte en historia clínica	Notificación a la EPS del paciente que no acepta seguimiento en PMC ambulatorio, se encuentra en Historia clínica

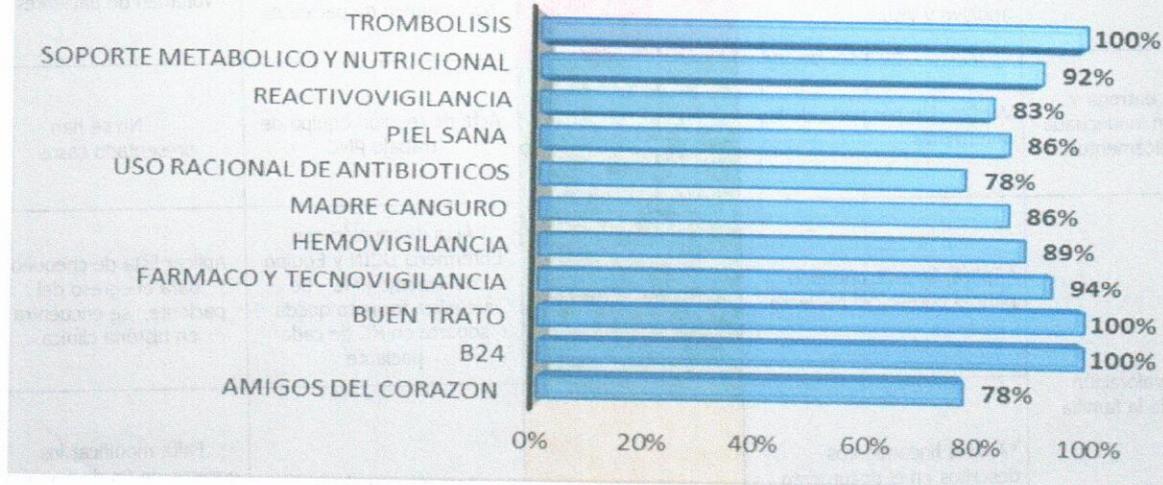
	Aplicar lineamientos descritos en el documento programa madre canguro: Criterios de egreso.	100%	Acta de reunión con Enfermería UCIN y Equipo de Trabajo PMC Escala para verificar condiciones al egreso en la HC sistematizada	Aplicar lineamientos descritos en el documento programa madre canguro: Criterios de egreso., se encuentra en historia clínica
Fallas en la evaluación familiar y del recién nacido para ser dado de alta a seguimiento ambulatorio	Unidad abierta 24 horas	50%	Solicitud a la Junta directiva para ampliar horas de vigilancia y cumplir con unidad abierta 24 horas	Se realizó la solicitud pero no es aprobada por la junta directiva
	Cumplimiento de lineamientos de estancia en alojamiento conjunto	100%	Acta de reunión con Enfermería UCIN y Equipo de Trabajo PMCEscala para verificar condiciones al egreso en la HC sistematizada	Escala para verificar condiciones al egreso en la HC sistematizada,
Falla en el cálculo de edad corregida, toma de medidas antropométricas y su interpretación durante la atención ambulatoria	Seguimiento a posibles desviaciones en curvas de crecimiento	100%	Acta de reunión equipo de trabajo PMC	No se han presentado casos en el 2018.
Falla en la valoración de condiciones para la alimentación del recién nacido en casa	Verificación objetiva de la técnica de alimentación	75%	Acta de reunión con Enfermería UCIN y Equipo de Trabajo PMC,	se trata de cubrir el 100% pero el volumen de consulta no permite que se realice a todos
Falla en la instauración temprana y segura de la posición canguro durante la atención	Ajustar e implementar en el formato control diario de adaptación intrahospitalaria incluirle un ítem relacionado con el tiempo de inicio de posición canguro	100%	Acta de reunión equipo de trabajo PMC, en seguimiento se está cumpliendo antes de la primera semana de vida	seguimiento se está cumpliendo antes de la primera semana de vida, se encuentra en historia clínica
Falla en la evaluación e interpretación del neurodesarrollo	Seguimiento a posibles casos relacionados ante una desviación del indicador	100%	Acta de reunión equipo de trabajo PMC	No se han presentado casos en el 2018.
Falla en la atención continua y oportuna del paciente	Seguimiento en caso de inasistencia al Programa Madre Canguro a través del formato CCN-F-36	100%	Acta de reunión equipo de trabajo PMC Archivo PMC	Se encuentra el seguimiento en los archivos de madre canguro.

Falla en la realización de tamizajes programados	Revisión trimestral de la base de datos de pacientes atendidos para verificar la realización del tamizaje auditivo y visual	0%	Acta de reunión equipo de trabajo PMC No se ha realizado reunión formal por volumen de pacientes	No se ha realizado reunión formal por volumen de pacientes
Falla en la entrega y administración inadecuada de los medicamentos	Verificación por parte de las enfermeras	100%	Acta de reunión equipo de trabajo PMC	No se han presentado casos
Falla en la valoración psicosocial de la familia	*Aplicar lista de chequeo para el egreso del paciente	100%	Acta de reunión con Enfermería UCIN y Equipo de Trabajo PMC Se actualiza formato queda soporte en HC de cada paciente	Aplicar lista de chequeo para el egreso del paciente, se encuentra en historia clínica
	*Aplicar lineamientos descritos en el documento programa madre canguro: Criterios de egreso.	75%	Acta de reunión con Enfermería UCIN y Eql	Falta modificar los egresos de fin de semana a 48 la atención por Pediatría en el documento institucional

De acuerdo al seguimiento realizado por la oficina de control interno al cumplimiento y ejecución de los controles establecidos para la gestión de riesgos asistenciales, se tiene un cumplimiento promedio del 90%, teniendo en cuenta el porcentaje por cada uno de los programas.

PROGRAMA	SEGUIMIENTO TERCERA LINEA	% CUMPLIMIENTO
AMIGOS DEL CORAZON	SI	78%
B24	SI	100%
BUEN TRATO	SI	100%
FARMACO Y TECNOVIGILANCIA	SI	94%
HEMOVIGILANCIA	SI	89%
MADRE CANGURO	SI	86%
USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS	SI	78%
PIEL SANA	SI	86%
REACTIVOVIGILANCIA	SI	83%
SOPORTE METABOLICO Y NUTRICIONAL	SI	92%
TROMBOLISIS	SI	100%

MAPA DE RIESGOS ASISTENCIALES



28

Los programas asistenciales cuentan con una estructura de gestión de riesgo establecida y acorde a las directrices del programa de seguridad del paciente, sin embargo se recomienda revisar y fortalecer los controles que no se alcanzaron a dar cumplimiento con el fin de minimizar la materialización de los riesgos.

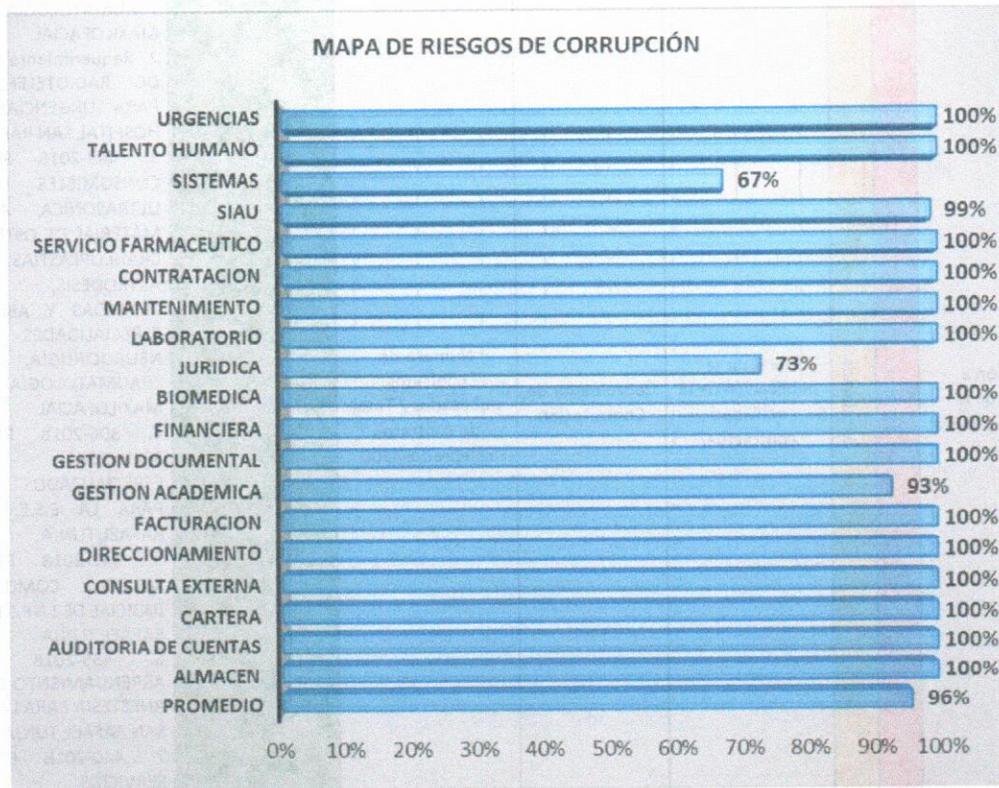
1.3 RECOMENDACIONES MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

- ✓ Se debe dar cumplimiento a la resolución 073 de 2018 y al manual de gestión de riesgo con el fin de hacer seguimiento por las tres líneas de defensa a los mapas de riesgos asistenciales y tener la trazabilidad de avance de cada uno de ellos.
- ✓ Revisar y analizar la valoración del riesgo residual para los mapas de riesgo por proceso administrativos, se evidencia que así se tengan implementados controles no baja en la escala del mapa de calor.
- ✓ Unificar criterios de evaluación de los controles para las 3 líneas de defensa para los mapas de riesgo por proceso administrativos con el fin de homogenizar la trazabilidad de los mismos.
- ✓ Crear metodología para el reporte de materialización de riesgos asistenciales y administrativos con el fin de llevar trazabilidad de los mismos y generar plan de acción para mitigar o evitar la ocurrencia.
- ✓ Definir los riesgos de los procesos asistenciales, teniendo en cuenta los riesgos por programa institucionales y demás riesgos representativos que puedan presentarse, con el fin de que los líderes de procesos coadyuven a la gestión de riesgos.

2. RESULTADO DEL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS MAPAS DE RIESGO DE CORRUPCION.

Con base en el seguimiento y monitoreo por parte de la oficina asesora de control interno se verifica el avance de la efectividad de los controles definidos en los mapas de riesgos de corrupción establecidos por la entidad.

Revisados los riesgos identificados en el mapa de riesgos de corrupción de la E.S.E Hospital San Rafael Tunja, se determinó un promedio de cumplimiento del 93% frente a las acciones establecidas para la disminución de aparición de riesgo de corrupción.



A continuación, se realiza el análisis en la definición de los riesgos, sus causas y la efectividad de los controles establecidos en cada uno de los procesos:

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO		VALORACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN				SEGUIMIENTO OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO A 30/12/2018
PROCESO	RIESGO	VALORACIÓN DEL RIESGO			% CUMPLIMIENTO	
		ZONA DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO	ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL		
				ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR-PRODUCTO

CONTRATACIÓN	Vulneración a principios de la contratación pública	Extrema	Moderada	Realizar la publicación de la actividad contractual	Coordinador de Contratación	Número de contratos publicados / Total de contratos celebradosX100	100%	<p>Se han realizado a la fecha 328 contratos. Indicador: $522/522*100=100\%$</p> <p>Se revisan de manera aleatoria 14 contratos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Requerimiento 38 SUMINISTRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA ARTROPLASTIAS, ARTRODESIS, REDUCCIONES CERRADAS Y ABIERTAS, EN LAS ESPECIALIDADES DE NEUROCIRUGÍA, ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGIA MAXILOFACIAL. 2. Requerimiento 99 ADQUISICIÓN DE RADIOTELEFONO SATELITAL PARA URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA. 3. 443-2018 SUMINISTRO DE CONSUMIBLES DE ASPIRACIÓN ULTRASONICA, ARTROSCOPIA Y MATERIAL DE OSTEOSINTESIS PARA CRANEOPLASTIAS ARTROPLASTIAS, ARTRODESIS, REDUCCIONES CERRADAS Y ABIERTAS, EN LAS ESPECIALIDADES DE NEUROCIRUGÍA, ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGIA MAXILOFACIAL 4. 306-2018 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN PEDIATRÍA PARA LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA. 5. 442-2018 PRESTACIÓN DE SERVICIO COMO DEPENDIENTE JUDICIAL DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA 6. 435-2018 SERVICIO DE ARRENDAMIENTO DE MAQUINA DE ANESTESIA PARA LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA 7. 440-2018 PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN ANESTESIOLOGÍA PARA LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA 8. Requerimiento 82 MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LA INFRAESTRUCTURA DE DIFERENTES SERVICIOS DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA 9. Requerimiento 68 ADQUISICIÓN DE CORTINAS HOSPITALARIAS PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
--------------	---	---------	----------	---	-----------------------------	--	------	--

						<p>10. 377-2018 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MEDICINA ESPECIALIZADA EN PSIQUIATRÍA PARA LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA</p> <p>11. Requerimiento 67 SERVICIO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO, VENTILADOR DE ALTA FRECUENCIA Y ADQUISICIÓN DE ELEMENTOS CONSUMIBLES Y ACCESORIOS</p> <p>11. 2-218 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE REVISOR FISCAL Y SUPLENTE PARA LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA</p> <p>12. 16-2018 PRESTACION DE SERVICIOS DE MEDICINA ESPECIALIZADA EN CIRUGIA GENERAL PARA LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA</p> <p>13. 253-2018 SUMINISTRO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS SEGÚN NECESIDAD DE LOS PACIENTES POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA</p> <p>14. Requerimiento 384-2018 SUMINISTRO DE MANTAS TÉRMICA PAA ATENDER LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA 1111111</p> <p>Se evidencia que los 14 contratos se encuentran publicados en el SECOP. Indicador: 0/328= 0%</p>
Incumplimiento del objeto contractual	Extrema Moderada	Realizar la verificación correcta de la ejecución del contrato	Supervisor o interventor	Numero de reportes de incumplimiento presentados por el supervisor / Total de contratos en ejecución x 100	100%	Se constata que no se tienen incumplimientos reportados por los supervisores de los contratos, adicional se indaga con el proceso el cual manifiesta que no se tienen reportes, sin embargo se recomienda analizar si este riesgo no es complemento o causa del siguiente riesgo de contratación, ya que este puede ser una consecuencia de la indebida supervisión de contratos.
Indebida supervisión de los contratos	Extrema Moderada	Realizar la verificación correcta ejecución del contrato	Supervisor o interventor	Informe de ejecución por contrato/ No. de contratos celebrados *100	78.5%	Se revisan de manera aleatoria evidenciando que de los 14 contratos revisados 3 no cumplen con los informes de supervisión (Contrato 67,435, 411).
Indebida planeación en la actividad contractual	Alta Baja	verificación en el plan anual de adquisición y soporte adecuado	Comité directivo y área que requiere la necesidad	Estudio previo presentado / inclusión en el plan anual de adquisiciones *100	100%	Se revisaron 14 contratos, donde se identifica el objeto en clasificación de bienes y servicios, y se evidencia que se encuentra dentro del plan anual de adquisiciones.

GESTION FINANCIERA	Favorecimiento a proveedores o contratistas en priorización en giro de las cuentas por pagar con el objetivo de obtener algún beneficio personal.	Extrema	Alta	Dar cumplimiento a la política de Priorización de pagos de proveedores y contratistas.	Tesorería	Cumplimiento a de la Política de pago establecida.	100%	Se cuenta con la resolución 106 de 2017 "Política de priorización de pagos". Donde establece plazos y documentos necesarios para el trámite de pagos de las diferentes obligaciones de la ESE Hospital San Rafael. En consecuencia de manera aleatoria se revisan 5 pagos encontrando que se cumple con la resolución en mención.
TALENTO HUMANO	Alteración en los documentos presentados en la hoja de vida por el aspirante a un cargo asistencial	Extrema	Moderada	Verificar el cumplimiento y veracidad de los documentos soporte de las hojas de vida del personal asistencial	Técnico administrativo	No. de hojas de vida verificadas que cumplen en su totalidad con todos los soportes y los requisitos legales aplicables / Total de hojas de vida del personal asistencial	100%	Se revisan 5 hojas de vida de la empresa contratada temporal Laboramos del personal asistencial, e las cuales cumplen con el 100% de los requisitos. 5/5 = 100% <i>Sin embargo la acción y el indicador no son consecuentes con el riesgo al limitar esa verificación a una lista de chequeo en la cual no se identifica claramente si se presentó alteración en los documentos o no.</i>
	Aprobación de solicitudes de libranzas y descuentos por nómina que no cumplan con los requisitos exigidos.	Moderada	Baja	Fortalecer y evaluar los controles para la aprobación de solicitudes de libranzas y descuentos por nómina que no cumplan con los requisitos	Profesional de nómina	No. de controles verificados que cumplen con los requisitos legales de las solicitudes de libranzas y descuentos / Total de controles.... X 100	100%	El proceso cuenta con el formato TH-F-17 "Cuadro de verificación de libranzas", donde verifican los requisitos para aprobar o no la solicitud. De julio a diciembre se han realizado doce libranzas aplicando el formato antes mencionado. Indicador: 12/12 = 100%.
ALMACEN Y SUMINISTROS	Alteración y carencia de soportes en los comprobantes de ingresos	Alta	Baja	Verificar el cumplimiento del ingreso frente a los soportes respectivos	LIDER ALMACEN	Número de ingresos recibidos a satisfacción con soportes / Total de ingresos del periodo x 100	100%	En la vigencia 2018 se tiene un total de 261 ingresos de los cuales todos se encuentran con los soportes respectivos.
AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	Recibir Sobornos por aceptación de Glosa a favor de las entidades Responsables de Pago	Moderada	Baja	* Seguimiento a la aceptación de Glosa de manera mensual sujeta a los conceptos normativos vigentes	Interventor de Actividades del Proceso	Valor de glosa aceptada de la vigencia / Valor de facturación de la vigencia x 100 Glosa aceptada de la vigencia en un porcentaje inferior o igual al 4% con respecto a la facturación de la vigencia	100%	Según información observada en el indicador del módulo Daruma Salud se evidencio: Enero 0%, Febrero 0%, Marzo 0.0% Abril 0.11%, Mayo 0.25%, Junio 0.28%, Julio 0.56%, Agosto 0.55% Septiembre 0.68% Octubre 1.23% Noviembre 1.34% Se cumple con la meta (<4%) Glosa aceptada con corte a noviembre de 2018: 1.739.569.559 Valor de la Facturación: \$ 130.159.681.226

INGENIERÍA BIOMÉDICA	Favorecimiento en la emisión de Conceptos Técnicos y Certificaciones en la Contratación asociada a la adquisición y mantenimiento de Equipos Médicos, con beneficio lucrativo propio.	Alta	Moderada	Fortalecer los controles asociados que permitan asegurar la selección objetiva y emisión de concepto técnico sobre la adquisición de la tecnología o contrato de mantenimiento.	COORDINADOR DE BIOMÉDICA	Número de conceptos técnicos con controles aplicados / Total de conceptos técnicos generados para contratar servicio de mantenimiento o adquisición de la tecnología x 100.	100%	Se observa que el proceso cuenta con una lista de chequeo de requerimientos para cada uno de los conceptos que se emiten. Indicador: Número de conceptos técnicos con controles aplicados / Total de conceptos técnicos generados para contratar servicio de mantenimiento o adquisición de la tecnología x 100. Durante el año 2018 no se realizó la adquisición o compra de equipamiento biomédico.
CARTERA	Los funcionarios de cartera puedan ser objeto de concusión en ejercicio de sus funciones, por parte de los responsables de pago	Baja	Baja	Evaluar los controles para evitar adulteración en valores adeudados	LIDER DE CARTERA	Valor total trimestral de cartera / Valor registrado en contabilidad x 100	100%	Se verifica reporte de cartera con lo causado contablemente: Informe a septiembre de 2018 123.304.462.948.74 / 123.304.462.954= 6 Se evidencia efectividad en los controles implementados.
CONSULTA EXTERNA	No utilización adecuada de las horas especialista contratadas para la consulta especializada	Extrema	Moderada	Realizar verificación control y seguimiento al proceso de consulta especializada	COORDINADOR CONSULTA EXTERNA	Número de horas certificadas por consulta de especialista / Total de horas asignadas para la consulta x 100.	100%	Se revisa el seguimiento realizado a las horas especialista programadas y ejecutadas de las especialidades de pediatría, anestesia y cirugía general evidenciando que se da cumplimiento. Controles efectivos.
ENFERMERIA	Diferencias entre los turnos realizados por el personal de contrato y las horas reconocidas al mismo personal	Baja	Baja	verificación aleatoria a las listas definitivas enviadas a la empresa contratante sobre las que se realizará el pago de nómina	TALENTO HUMANO LIDER DEL PROCESO INVOLUCRADO	Adherencia al procedimiento de Selección de personal: Número de controles evaluados con adherencia al procedimiento / Total de controles existentes x 100	INDETERMINADO	Se recomienda evaluar y redefinir el riesgo del control, el proceso hace referencia a Enfermería, pero el responsable es Talento Humano, por tal motivo no debe estar a cargo de enfermería, además el indicador no tiene relación con el riesgo y la acción.

FACTURACIÓN	No facturación de servicios prestados por intereses particulares y no cobro de copagos.	Baja	Baja	Fortalecer y evaluar los controles de la auditoría administrativa	COORDINADOR DE FACTURACIÓN	Numero de requisitos verificados y evaluados que cumplen con lo establecido en el procedimiento de auditoría administrativa / Total de requisitos existentes del procedimiento de auditoría administrativa x 100	100%	<p>Se evidencia que en enero de 2018 se revisa:</p> <p>El 19% de alto costo correspondiente a \$1.994.645.822</p> <p>Total revisado en auditoria medico administrativa \$5.362.719.567, correspondiente al 50%</p> <p>Facturas Limpias \$2.513.393.080 correspondiente 47%</p> <p>Facturas con inconsistencias 2.849.326.847 corresponde al 53%</p> <p>Febrero de 2018</p> <p>El 30% de alto costo correspondiente a \$31.11.127.648</p> <p>Total revisado en auditoria medico administrativa \$2.517.366.269 correspondiente al 71%</p> <p>Facturas Limpias \$2.517.366.269 correspondiente 34%</p> <p>Facturas con inconsistencias \$4.784.955.560 corresponde al 66%</p> <p>Marzo de 2018</p> <p>El 34% de alto costo correspondiente a \$3.749.882.232</p> <p>Total revisado en auditoria medico administrativa \$8.267.286.699 correspondiente al 75%</p> <p>Facturas Limpias \$3.064.680.905 correspondiente 37%</p> <p>Facturas con inconsistencias \$5.202.605.794 corresponde al 63% de 2018</p> <p>Abril 2018</p> <p>El 32% de alto costo correspondiente a \$3.612.136.067</p> <p>Total revisado en auditoria medico administrativa \$8.356.985.171 correspondiente al 75%</p> <p>Facturas Limpias \$2.872.437.323 correspondiente 34%</p> <p>Facturas con inconsistencias \$5.484.547.848 corresponde al 66%</p> <p>Se tiene un promedio de facturas con inconsistencias del 62%, el cual se identifica antes de la radicación y se realiza los ajustes correspondientes, se radica el 100% de la facturación sin inconsistencias.</p>
-------------	---	------	------	---	----------------------------	--	------	--

SERVICIO FARMACEUTICO	<p>Favorecer a terceros mediante la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos en etapa precontractual y pos contractual a través de la evaluación técnica</p>	Alta	Moderada	<p>1. Realizar Evaluación de proveedores. 2. Seguimiento estricto por parte de Programas de Fármaco y Tecno vigilancia en cuanto a evaluación técnica y gestión de reportes.</p>	<p>COORDINADOR FARMACIA</p>	<p>N° de proveedores evaluados / N° total de proveedores</p> <p>Indicadores de los programas de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia</p>	100%	<p>Con corte a 30 de diciembre de 2018 se tienen 27 contratos de medicamentos, y 59 contratos de dispositivos médicos.</p> <p>El proceso de farmacia cumple con el procedimiento C-PR-04 Evaluación de proveedores.</p> <p>De los 59 contratos con proveedores de dispositivos médicos tienen un promedio de calificación de 4.8 con nivel Satisfactorio.</p> <p>De los 27 contratos con proveedores de medicamentos se tiene un promedio de calificación de 4.8 con nivel Satisfactorio.</p>
	<p>Pérdida de recursos por inadecuada gestión de Inventarios</p>	Alta	Moderada	<p>1. Gestion en la Implementación de las herramientas del software SERVINTE para aumentar la seguridad en el control de inventarios con acompañamiento de la oficina de TICS. 2. Determinar responsabilidad y acciones cuando se detecte pérdidas de insumos.</p>	<p>COORDINADOR FARMACIA</p>	<p>N° de herramientas implementadas de SERVINTE que aplican para el control de inventarios / N° Herramientas revisadas para control de inventarios. N° de faltantes o averías con responsables identificados / N° faltantes o averías detectadas en el periodo</p>	100%	<p>Se evidencia en correo enviado al proceso de farmacia, las actividades acordadas y ejecutadas para parametrización de suministros del módulo de inventario de SERVINTE.</p> <p>Se evidencia 9 actividades programas / 9 actividades ejecutadas. = 100%.</p> <p>* Revalorizar inventarios a 31/12/2017, con ultimo precio de compra</p> <p>* Revisar y ajustar parametrización de conceptos de suministros IVCON – IVCONCUE</p> <p>* Restringir permisos de modificación a comprobantes de Ingreso – Farmacia</p> <p>Revisar y ajustar parametrización de IVART, 12 Artículos</p> <p>Recalcular saldos a 31/12/2017, con ajustes en IVART.</p> <p>Generar Informe de ajuste de Saldos Bodegas - grupos con corte a 31/12/2017</p> <p>Reconstruir costos y saldos 2018/01</p> <p>Reconstruir costos y saldos 2018/02</p> <p>Reconstruir costos y saldos 2018/03</p>

GESTIÓN ACADÉMICA E INVESTIGATIVA	Incumplimiento en los convenios docencia - servicio	Alta	Alta	<ul style="list-style-type: none"> *Generar alertas tempranas para los controles existentes *Organizar y distribuir funciones del proceso (estudio de cargas laborales) *Seguimiento estricto en lo establecido en los convenios 	LIDER DEL PROCESO DE GESTIÓN ACADEMICA	<p>% de cumplimiento según listas de chequeo : Numero de requisitos que cumplen / Total de requisitos aplicables 100</p> <p>N° de convenios que cumplen con lo establecido/Total de convenios establecidosx100</p>	93%	<p>Se evidencia un cumplimiento de autoevaluaciones en listas de chequeo, así:</p> <table border="1" data-bbox="1161 430 1469 913"> <thead> <tr> <th colspan="2">AUTOEVALUACIONES 2018</th> </tr> <tr> <th>INSTITUCION</th> <th>VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CORPAS</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>JAVERIANA</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>UDCA</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>UPTC</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>UNIBOYACA</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>UDES</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>FORMASALUD</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>NORSALUD</td> <td>99</td> </tr> <tr> <td>NACIONAL</td> <td>97</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>93</td> </tr> </tbody> </table> <p>Para un total de 93% de autoevaluaciones.</p> <p>Se tiene un 93% de cumplimiento con los convenios. Se evidencia efectividad en los controles implementados</p>	AUTOEVALUACIONES 2018		INSTITUCION	VALOR	CORPAS	100	JAVERIANA	80	UDCA	99	UPTC	75	UNIBOYACA	95	UDES	100	FORMASALUD	100	NORSALUD	99	NACIONAL	97	TOTAL	93
AUTOEVALUACIONES 2018																																
INSTITUCION	VALOR																															
CORPAS	100																															
JAVERIANA	80																															
UDCA	99																															
UPTC	75																															
UNIBOYACA	95																															
UDES	100																															
FORMASALUD	100																															
NORSALUD	99																															
NACIONAL	97																															
TOTAL	93																															
GESTION DOCUMENTAL	Utilización indebida y sustracción de la información..	Alta	Moderada	Realizar control de entradas y salidas de la información (cuándo, que, quien, devolución, para que).	LIDER PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL	Formato GD-F-01(formato consulta y/o préstamo documentos de archivos Institucionales). Número de veces que se utilizó y sustrajo la información indebidamente en la vigencia.	100%	Se tuvo 283 consultas registradas de las cuales ninguna se sustrajo indebidamente dando un cumplimiento del 100% y demostrando que los controles son efectivos para mitigar el riesgo.																								
JURIDICA	favorecimiento a la parte demandante al ejercer una defensa jurídica	Moderada	Baja	1. Realizar seguimiento al cumplimiento de los términos judiciales de acuerdo a la defensa técnica de la institución	COORDINADOR DE JURIDICA	1. Numero de requerimientos judiciales con respuesta dentro de términos legales/ número total de requerimientos judiciales x 100	73%	<p>En el primer cuatrimestre de 2018 41% de requerimientos judiciales en términos.</p> <p>En el segundo cuatrimestre de 2018 78% de requerimientos judiciales en términos.</p> <p>En el tercer cuatrimestre de 2018 100% de requerimientos judiciales en términos.</p> <p>Para un promedio de la vigencia de 73%</p>																								

LABORATORIO CLINICO	Pérdida de recursos por inadecuada gestión de inventarios de insumos y reactivos	Moderada	Baja	Realizar seguimiento a la gestión de inventarios.	COORDINADOR LABORATORIO CLINICO	Número de productos verificados en el inventario aleatorio según existencias / Total de existencias x 100	100%	Se evidencia que el proceso realiza inventarios aleatorios identificando lo siguiente: En inventario aleatorio de la bodega del 01 de octubre, con el siguiente indicador: $47 / 49 \times 100 = 96\%$ Se recomienda continuar con la verificación en los inventarios aleatorios para mantener con la mitigación del riesgo.
	Favorecimiento de proveedores mediante conceptos técnicos errados	Baja	Baja	Fortalecer los controles en la evaluación de proveedores	COORDINADOR LABORATORIO CLINICO	Numero de conceptos técnicos con controles aplicados que verifiquen la selección a proveedores / Total de conceptos técnicos generados del periodo x 100.	100%	Se observa que en el tercer cuatrimestre de 2018 no se emitieron conceptos técnicos porque no se suscribieron contratos.
SIAU	Favorecimiento en la respuesta de PQR a un tercero.	Extrema	Moderada	Revisión de respuesta de PQR por parte de Jurídica, Subgerencias, Gerencia y SIAU	LIDER SIAU LIDER PROCESO	N° de respuestas a PQR de acuerdo a la necesidad del peticionario/ N° total de PQR tramitadas X 100.	99%	Para el tercer cuatrimestre de 2018 se tiene un total de 68 quejas de las cuales solo 1 se encuentra fuera de términos. Se tiene un cumplimiento del 98.5% En cuanto a los derechos de petición se tiene un promedio del tercer cuatrimestre del 100%
SISTEMAS	Concentración de información institucional y del proceso en determinados funcionarios.	Moderada	Baja	Fortalecer la asignación de roles por pares	LIDER PROCESO TICS	Numero de roles por pares / Total de roles TICS X 100	96.2%	Se evidencia que el proceso de las TICS cuenta con 26 actividades de las cuales el 96.2% tiene más de un responsable por actividad
	Sistemas de información sin integración y susceptibles de manipulación o adulteración	Extrema	Alta	Continuar con la Implementación e integración de los sistemas de información	LIDER PROCESO TICS	% de Ejecución sistemas de información: Número de actividades realizadas / Total de actividades programadas x 100.	38.5%	Se tiene proyectado para la vigencia, integrar 2 sistemas de información con SERVINTE así: Labserving 57% Agylity 20% Total de Integración: 38.5%

URGENCIA	Manipular un diagnóstico de un paciente.	Extrema	Moderada	Realizar jornadas de sensibilización sobre riesgo antijurídico	COORDINADOR DE URGENCIAS	Número de jornadas realizadas / Total de jornadas programadas x 100.	100%	Se evidencia acta de reunión de capacitación de jornada de capacitación de riesgo antijurídico para los funcionarios.
	formular medicamentos y no administrar	Extrema	Moderada	*Realizar seguimiento a la administración segura de medicamentos.	COORDINADOR DE URGENCIAS	Cumplimiento de la BPS medicamentos: No de requisitos que cumplen / Total de requisitos aplicables x 100	91.4%	Se observa que se realizó medición de adherencia de la buena práctica de administración de medicamentos para el servicio de urgencias arrojando un resultado del 91.45% de cumplimiento a la misma, se recomienda continuar con el proceso para mejorar el control cada día y brindar una mejor atención a los pacientes.
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	No seguimiento a la planificación y gestión de los cambios institucionales e implementación de nuevos proyectos.	Extrema	Alta	Realizar seguimiento a la planificación y gestión del cambio frente a los requisitos legales e implementación de nuevos proyectos.	COMITÉ DIRECTIVO	Acta de seguimiento a la implementación y evaluación de la ejecución de nuevos proyectos	100%	Se evidencia que para hacer cualquier solicitud de necesidad de los procesos y/o áreas en la entidad, se envía carta de solicitud a la respectiva subgerencia u oficina asesora, estas se llevan por los subgerentes y oficina asesora a comité directivo de gerencia, donde son revisados, estudiados y aprobados junto con la Gerente. Para los planes de inversión se presenta en el plan bienal de inversiones del Ministerio para la vigencia 2018-2019 se evidencia cargue de 15 proyectos en el plan bienal.
MANTENIMIENTO	Ejecutar los recursos financieros sin tener en cuenta una priorización para favorecer a terceros.	Alta	Alta	Fortalecer los controles para la priorización del mantenimiento de infraestructura y dotación hospitalaria.	Coordinador de Mantenimiento	Numero de conceptos técnicos con controles aplicados que incluyan priorización / Total de conceptos técnicos generados para contratar servicio de mantenimiento o adquisición x 100.	100%	A la fecha el proceso de mantenimiento ha efectuado 18 conceptos técnicos de 18 solicitados por contratación para un cumplimiento del 100%, se recomienda continuar con el control en el proceso para fortalecer la priorización del mantenimiento de infraestructura y dotación hospitalaria.
TOTAL							96%	

Los controles establecidos para la mitigación de riesgos de corrupción en la E.S.E Hospital san Rafael Tunja, se vienen cumpliendo en un 96%. No obstante se recomienda revisar y fortalecer los controles y la definición de algunos riesgos, de acuerdo a las observaciones realizadas por la oficina de control interno en el seguimiento.

2.2 RECOMENDACIONES MAPAS DE RIESGO DE CORRUPCIÓN:

- ✓ Ejecutar las acciones que tienen gran importancia y no se alcanzaron a gestionar adecuadamente, con el fin de garantizar que los riesgos de corrupción no se materialicen.
- ✓ Incluir los indicadores del mapa de riesgo de corrupción en el módulo de indicadores Darum@salud para tener la trazabilidad de los mismos.
- ✓ Presentar oportunamente los soportes correspondientes a la oficina de control interno para la verificación del cumplimiento de aplicación de controles definidos en los mapas de riesgo.
- ✓ Tener en cuenta las recomendaciones dadas por la oficina de control interno en cuanto a impacto de riesgos, ajustes de indicadores y controles, de acuerdo a lo establecido en la GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO Y EL DISEÑO DE CONTROLES EN ENTIDADES PÚBLICAS. Así mismo debe tenerse en cuenta que el riesgo debe estar descrito de manera clara y precisa y su redacción no debe dar lugar a ambigüedades o confusiones.

Cordial Saludo,



LUZ DARY GUERRERO MORENO
Asesora de Control Interno
ESE Hospital San Rafael Tunja

Proyectó: Dorisol Pamplona Vanegas/Revisó: Luz Dary Guerrero Moreno