

Tunja,

Doctor

**YAMIT NOE HURTADO NEIRA**

Gerente

**E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**

Ciudad

**Ref. Seguimiento Mapa de Riesgos por proceso, asistenciales y de Corrupción a 31/12/2020.**

Cordial Saludo Dr. Yamit,

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 tiene 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 Universitario San Rafael de Tunja, con corte a 31 de diciembre de 2020.

Atentamente,



**LUZ DARY MORENO GUERRERO**

Asesora Control Interno

E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Anexo Informe Auditoria 21 folios.



E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA  
GERENCIA

Recibido por William Gutierrez  
Hora: 09:00 Dia: 15  
Mes: Enero Año: 2021



Tunja,

Doctor  
**YAMIT NOÉ HURTADO NEIRA**  
Gerente  
**E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA**  
Ciudad

**Referencia: Seguimiento Mapa de Riesgos por proceso, asistenciales y de Corrupción a diciembre de 2020.**

### **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 Universitario San Rafael de Tunja, 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 038 de 2020, Plan Anticorrupción.
- ✓ Resolución 068 de 2019 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 con cada uno de los coordinadores y líderes responsables de los mapas de riesgos por proceso, asistenciales y de Corrupción cuyo riesgo residual es alto o extremo, evaluando la efectividad de los controles implementados.

### 1. SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESO (ESTRATEGICOS Y DE APOYO)

#### 1.1 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

En el manual OADS-M-02 Gestión de riesgo en el numeral 7.2 lineamientos frente a la administración de riesgo, menciona que la administración de riesgos de la ESE Hospital universitario San Rafael de Tunja se armonizara con el modelo de operación por procesos definido en la institución.

Para verificar la armonización de la gestión de riesgos con el modelo de operación por procesos, se verifica los riesgos con el mapa de procesos establecido en la resolución 285 de 2020, dando como resultado el siguiente:

PROCESOS ESTRATEGICOS	
PROCESO	MAPA DE RIESGOS
Gestion de direccionamiento Estratégico y humanización	Se evidencia mapa de riesgos de gestión estratégica, <b>no se menciona el componente de humanización</b>
Gestion de investigación e innovación	Se evidencia mapa de riesgos con el nombre de Gestión académica e investigativa
Gestion del talento humano	Se evidencia mapa de riesgos de Gestión de Talento Humano
Gestion QHSE	Se evidencia mapa de riesgos de Gestion integral de la calidad
PROCESOS ASISTENCIALES	
PROCESO	MAPA DE RIESGOS
Sistema de Información al usuario	Tiene mapa de riesgos
Epidemiología y salud publica	Tiene mapa de riesgos
PROCESOS DE APOYO	
PROCESO	MAPA DE RIESGOS
Gestión de contratación	Tiene mapa de riesgos
Gestión financiera	Tiene mapa de riesgos

Gestión documental	Se evidencia mapa de riesgos de Gestion Documental, <i>sin embargo no se tienen riesgos identificados de archivo de historias clínicas</i>
Sistemas de información y comunicaciones	Se evidencia el mapa de riesgos Gestión de la tecnología de las comunicaciones (TICS)
Gestión administrativa	Se evidencia mapa de riesgos de: 1, Auditoria de cuentas 2, Cartera 3, Facturación.
Gestion de la tecnología	Se evidencia mapa de riesgos de biomédica.
Gestion jurídica	Tiene mapa de riesgos
Gestion de mantenimiento	Se evidencia mapa de riesgos de mantenimiento
Gestion de suministros y activos fijos	Se evidencia mapa de riesgos de almacén
Gestion de servicios de apoyo	Tiene mapa de riesgos
No Identificados	<i>Se evidencia mapa de riesgos de comunicaciones y medios, sin embargo en la resolución 285 de 2020, no se identifica a que proceso corresponde</i>

Se evidencia que los mapas de riesgos de la institución no se encuentran alineados a la resolución 285 de 2020 (mapa de procesos), además se observa que en algunos casos se tienen mapa de riesgo a nivel de proceso y otros a subproceso, por tal motivo se requiere definir y estandarizar la identificación de riesgos.

## 1.2 RESULTADO SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESO

Teniendo en cuenta la metodología establecida en la resolución interna 068 de 2019 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.

### PRIMERA LINEA DE DEFENSA.

Siguiendo los lineamientos de la resolución 068 de 2019, La oficina de control interno junto a los líderes de proceso (primera línea de defensa), el 14 de julio de 2020, realizó seguimiento a los mapas de riesgo de proceso, dando cumplimiento a la resolución 068 de 2019 en su artículo 5.

### SEGUNDA LINEA DE DEFENSA.

En la resolución 068 de 2019 en su artículo 4 dice "El monitoreo y la revisión de la gestión de los riesgos está alineado con la dimensión de MIPG de control interno, que se desarrolla con el MECT a través de un

*esquema de asignación de responsabilidades y roles, para garantizar una adecuada gestión del riesgo se requiere cumplir con cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y gestión del riesgo”.*

Siguiendo los lineamientos de la resolución 068 de 2019 en su artículo 5, se realizó un segundo seguimiento en el tercer trimestre del año realizado por planeación, suscrita al área de desarrollo de servicios, la cual presentó informe a la alta dirección el 07 de diciembre de 2020, dando a conocer la caracterización de los mapas de riesgos de proceso y corrupción, **sin embargo, en el informe no realiza seguimiento a los controles y acciones los cuales permiten identificar si estos controles están mitigando el riesgo identificado, se recomienda tener en cuenta lo mencionado en la resolución 068 de 2019 en su artículo 4.**

### **TERCERA LINEA DE DEFENSA.**

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 Alta y extrema, obteniendo los siguientes resultados:

CODIGO: OADS-F-13		ESE HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA			
VERSIÓN: 0		MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2020			
PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	% CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO
FINANCIERA	Inconsistencias en la consolidación de estados financieros, para la toma de decisiones o rendición de informes o declaraciones tributarias con errores.	<b>ZONA RIESGO ALTA</b>	estados financieros mensuales	100%	Se evidencia publicados en página web los estados financieros de mayo a noviembre de 2020  Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
ALMACEN	Inadecuado manejo de los activos fijos	<b>ZONA RIESGO ALTA</b>	INFORME MENSUAL DE REGISTRO DE ACTIVOS FIJOS A CONTABILIDAD, COMPROBANTES DE EGRESO E INGRESO	100%	Se evidencia informe mensual de registros de activos fijos a contabilidad, se toma una muestra para verificar los comprobantes de egreso e ingreso.  Se evidencia que el control es efectivo y permite la mitigación del riesgo.

<p>CALIDAD</p>	<p>Reporte extemporáneo de indicadores legales a entes de Inspección vigilancia y control.</p>	<p><b>ZONA RIESGO ALTA</b></p>	<p>CIRCULAR SOBRE REPORTE DE INDICADORES POR RESPONSABLE, ARCHIVOS PLANOS VALIDADOS, CAGUE EXITOSO,</p>	<p>100%</p>	<p>Se verifican los reportes enviados por parte de calidad así:</p> <p>RESOLUCIÓN 1552, Envío mensual dentro de los 10 días primeros días hábiles de cada mes.</p> <p>Enero: 11 de febrero de 2020.                  Febrero: 10 de marzo de 2020                  Marzo: 8 de abril de 2020                  Abril: 10 de mayo de 2020                  Mayo: 10 de junio de 2020                  Junio: 09 de julio de 2020                  Julio: 10 de agosto de 2020                  Agosto: 09 de septiembre de 2020                  Septiembre: 08 de octubre de 2020                  Octubre: 05 de noviembre de 2020                  Noviembre: 07 de diciembre de 2020</p> <p>REPORTE SIHO: Trimestral, reporte 45 días hábiles.</p> <p>Primer trimestre de 2020: 20 de mayo de 2020.                  Segundo trimestre de 2020, 13 de julio de 2020                  Tercer trimestre de 2020, 09 de octubre de 2020</p> <p>resolución 256: envío trimestral, 30 días siguientes</p> <p>I TRIMESTRE 2020: 28 abril                  II TRIMESTRE DE 2020: 22 de julio                  III TRIMESTRE DE 2020: 26 de octubre.</p> <p>Se evidencia que el riesgo se materializó en una ocasión de 17 informes, por lo que es necesario revisar los controles y fortalecer el seguimiento al reporte de informes por parte de la segunda línea de defensa.</p>
<p>CALIDAD</p>	<p>No cumplimiento de los requisitos legales frente al SUH</p>	<p><b>ZONA RIESGO ALTA</b></p>	<p>LISTA DE CHEQUEO, PLANES DE MEJORAMIENTO, CORREOS DE NOTIFICACIÓN, PLAN DE TRABAJO DEL SUH</p>	<p>56%</p>	<p>Se evidencia informe de diciembre de habilitación de los servicios de salud basada en la norma 31000 de 2019 dando como cumplimiento el siguiente:</p> <p>TALENTO HUMANO 83%                  INFRAESTRUCTURA 13%                  DOTACIÓN 85%                  MEDICAMENTOS: 92%                  PROCESOS PRIORITARIOS 10%                  HISTORIA CLINICA 89%                  INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS 76%                  TELEMEDICINA: 0%                  TOTAL: 56%</p>

				<p>Se evidencia que a la fecha del seguimiento no se han ejecutado todos los controles establecidos, ya que no se han elaborado planes de mejoramiento, ni planes de trabajo que permitan mitigar la materialización del riesgo.</p>
<p><b>CARTERA</b></p>	<p>Crecimiento en el monto y edad de la cartera,</p>	<p><b>ZONA RIESGO ALTA</b></p>	<p>Informe de seguimiento a cobro, indicadores: 1499, 1500, 1501, 1502</p>	<p><b>INDETERMINADO</b></p> <p>Indicador 1499, Cobro persuasivo, junio de 2020 , 90.13% , Se da cumplimiento al indicador , en donde se procedió a enviar a cada una de las entidades que no se encuentran en proceso de liquidación el discriminado de facturas que presentan saldo de cartera a 31 de diciembre de 2019.Total entidades para circularización 223, fueron notificadas 201 entidades con la circularización (cobro persuasivo)No fueron circularizadas 22 entidades por motivos como: facturas ya canceladas, facturas devueltas en poder del Hospital, entre otras.</p> <p>Diciembre de 2020, 105.9% Se da cumplimiento al indicador, en donde se procedió a enviar a cada una de las entidades que no se encuentran en proceso de liquidación el discriminado de facturas que presentan saldo de cartera a 30 de junio de 2020.Total entidades para circularización 242, fueron notificadas,190 entidades con la circularización (cobro persuasivo)No fueron circularizadas 53 entidades por motivos como: 4 entidades con acuerdo activo, 3 entidades con facturación que reposa en la entidad como devolución, 9 entidades en liquidación, 2 entidades con facturación sin radicar, 7 entidades sin saldo, 2 entidades tercerizadas, 3 entidades a las cuales en estado de cartera nos les aplica el cobro , entre otras.</p> <p>Sin embargo los indicadores 1500, 1501 y 1502 ya no se encuentran en el sistema de información, por tal motivo se requiere que evalúe los controles existentes para evitar la materialización del riesgo.</p> <p>Así mismo se evidencia que el Procedimiento F-PR-12 se encuentra desactualizado, ya que desde la vigencia 2020 la institución no viene adelantado cobros coactivos.</p> <p>Con los datos aportados por el proceso</p>

					no se puede establecer el cumplimiento de los controles y se evidencia la materialización del riesgo de acuerdo a la información registrada en los estados financieros, por tal motivo se recomienda analizar, aplicar y fortalecer los controles establecidos.
	Omisión en el registro en los estados de cartera	<b>ZONA RIESGO ALTA</b>	ACTA DE CONCILIACION CON CONTABILIDAD, CIRCULARIZACION O COBRO PERSUASIVO	100%	Se verifica reporte de cartera con lo causado contablemente:  Informe octubre de 2020 saldo cartera 127.340.691.491,99 / 127.340.691.493,77 = -2 100%  Informe octubre de 2020 difícil recaudo 56.061.167.982 / 56.061.167.980,45 = 2 100%  se evidencia la circularización a las entidades con corte a 30 de junio, ya que su periodicidad es semestral.  Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
	Pérdida de cartera	<b>ZONA RIESGO EXTREMA</b>	Informe trimestral a cartera sobre revisión de entidades,	0%	No enviaron soportes de la implementación del control para mitigar el riesgo.
GESTION ACADEMICA	NO CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES Y OBLIGACIONES CONJUNTAS DE DOCENCIA-SERVICIO	<b>ZONA RIESGO ALTA</b>	ACTA DE SEGUIMIENTO, ACTA DE COMITÉ DOCENCIA SERVICIO DE LOS CASOS COMO: ACCIDENTALIDAD Y EVENTOS ADVERSOS.	37%	Se evidencia actas del comité de docencia servicio del segundo semestre de 2020 con las universidades:  1. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA JUAN N CORPAS, se hace revisión del centro de práctica, remite las afiliaciones de ARL, verifican el estricto cumplimiento de las medidas implementadas para la mitigación y control de la pandemia.  2. UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA, verifican los compromisos adquiridos en la reunión anterior con el 100% de cumplimiento.  3. UNIVERSIDAD DE BOYACÁ, Verifican los compromisos de la reunión anterior, relación total de los estudiantes que rotan en el hospital, los grupos para el segundo semestre, balance académico de la relación docencia servicio.  De los 8 convenios activos en la institución, solo se realizaron 3 comités

				de docencia servicio para un cumplimiento del 37%.
				Se evidencia que la aplicación del control es medianamente efectiva para la mitigación del riesgo, se recomienda evaluar y analizar el control implementado.
Gestión de la Tecnología y el Ambiente físico (Ing. Biomédica)	Falla en los equipos biomédicos asociados a operación indebida	<b>ZONA RIESGO ALTA</b>	IB-F-02 REPORTE DE MANTENIMIENTO EQUIPO BIOMEDICO, REPORTE DIARIO DE FALLAS EQUIPO BIOMEDICO IB-F-05,	97%
				Se verifica el indicador 549 Proporción de fallas asociadas a la inadecuada manipulación del equipo evidenciando lo siguiente: En el mes de Enero no se presentaron mantenimientos correctivos asociados a operación indebida de los 31 servicios registrados en la base de datos del área En el mes de Febrero no se presentaron mantenimientos correctivo asociado al mal uso En el mes de Febrero no se presentaron mantenimientos correctivo asociado al mal uso 2020-Mar 10,00 1 10 En el mes de Marzo se presentó un mantenimiento correctivo asociado a operación indebida de los 10 servicios En el mes de Marzo se presentó un mantenimiento correctivo asociado a operación indebida de los 10 servicios correctivos registrados en la base de datos del área, la cual es una mesa de cirugía que al realizar un procedimiento realizaron una mala fuerza y se dobló el soporte de piemero, debido a la emergencia covid 19, no se ha podido programar la capacitación al personal involucrado. En el mes de Abril se presentó un mantenimiento correctivo asociado a operación indebida de los 4 servicios correctivos registrados en la base de datos del área, atribuido a una máquina de anestesia por daño interno de la línea proximal, debido a la emergencia covid 19, no se ha podido programar la capacitación al personal involucrado. En el mes de Mayo no se presentaron mantenimientos correctivo asociado a operación indebida de los registrados en la ronda diaria En el mes de Junio no se presentaron mantenimientos correctivo asociado a operación indebida de los registrados en la ronda diaria registrada por el área En el mes de Julio no se presentaron mantenimientos correctivo asociado a operación indebida de los registrados en la ronda diaria registrada por el área En el mes de Agosto se presentó 1

				<p>mantenimiento correctivo asociado a operación indebida de los registrados en la ronda diaria registrada por el área, asociado a un daño en el táctil de un monitor de signos vitales, debido a la pandemia no se ha podido realizar la Capacitación respectiva, queda reprogramada y buscando la opción de buscar la opción del tiempo de capacitar. En el mes de Septiembre no se presentó ningún mantenimiento correctivo asociado a operación indebida de los registrados en la ronda diaria registrada por el área, debido a la pandemia no se ha podido realizar la Capacitación respectiva, queda reprogramada y buscando la opción de buscar la opción del tiempo de capacitar. En el mes de Octubre se presentaron 2 mantenimientos correctivos asociados a operación indebida registrados en la base de datos y ronda diaria registrada por el área, los cuales son atribuidos a MONITOR DE SIGNOS VITALES nihon khoden de ginecología, por daño en el touch screen port golpe y un ventilador aenomed donado por el ministerio de salud el cual se realizó Capacitación por parte del proveedor para su manejo. Debido a la pandemia no se ha podido realizar la Capacitación respectiva, queda reprogramada y buscando la opción de buscar la opción del tiempo de capacitar. De enero a octubre de 2020 se han presentado 5 mantenimientos correctivos asociados a la operación indebida, se continúan con las capacitaciones al personal en el uso de la tecnología para la mitigación del riesgo de 175 Se evidencia que se materializo el riesgo en 5 oportunidades de 175, se observa que los controles son efectivos, y ayudan a mitigar la materialización del riesgo.</p>
<p>TECNOLOGIA Y AMBIENTE FISICO (MANTENIMIENTO)</p>	<p>No ejecución del Plan de Mantenimiento</p>	<p><b>ZONA RIESGO ALTA</b></p>	<p>CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO, REPORTE DE MANTENIMIENTO MAN-F-17, LISTA DE CHEQUEO MANTENIMIENTO PREVENTIVO MAN-F-10, HOJA DE VIDA EQUIPO MAN-F-14, BITACORA REPORTE DE MANTENIMIENTO</p>	<p>98%</p> <p>Se verifica la ejecución del plan de mantenimiento encontrando lo siguiente:</p> <p>Enero: 15 / 15 = 100%                  Febrero: 37 / 37 = 100%                  Marzo: 22 / 22 = 100%                  Abril: 16 / 18 = 88%                  Mayo: 75 / 76 = 98%                  Junio: 28 / 28 = 100%                  Julio: 23 / 23 = 100%                  Agosto: 78 / 78 = 100%                  Septiembre: 20 / 20 = 100%                  Octubre: 17 / 18 = 94%</p>

			MAN-F-19, INFORME SEGUIMIENTO SEMESTRAL SOBRE EJECUCION DEL PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO, FORMATOS SUPERSALUD PLAN DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO.		<p>Noviembre: 71 / 71 = 100%</p> <p>De enero a noviembre de 2020. Se tiene un promedio de 98%</p> <p>Se evidencia materialización del riesgo en los meses abril, mayo, y octubre, sin embargo se observa que el control es efectivo para la mitigación del riesgo. Se recomienda revisar la identificación de riesgo teniendo en cuenta la guía de identificación y gestión de riesgos de entidades públicas</p>
JURIDICA	EXTEMPORANEIDAD EN LA EMISION DE RESPUESTAS A LOS DERECHOS DE PETICIÓN CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE	<b>ZONA RIESGO ALTA</b>	MATRIZ DERECHOS DE PETICION OFICINA JURIDICA OAJ-F-07, INFORME TRIMESTRAL A GERENCIA SEGÚN RESOLUCION 194 DE 2018, RESOLUCION 056 DE 2019.	100%	<p>Se observa en la matriz de derechos de petición del segundo trimestre de 2020, 40 derechos petición, los cuales se encuentran con respuesta oportuna.</p> <p>Se evidencia informe de derechos de petición, quejas, reclamos, y denuncias con corte a 30 de noviembre de 2020.</p> <p>Se evidencia que el control es efectivo para la mitigación del riesgo.</p>
GESTION DEL TALENTO HUMANO	Incumplimiento de los requisitos, perfiles y competencia exigidos y enmarcados dentro de las normas que regulan la institución	<b>ZONA RIESGO ALTA</b>	LISTADO INGRESOS DE ENERO A JUNIO  ESTUDIOS PREVIOS, TF-F-45 VERIFICACION REQUISITOS DE HOJA DE VIDA,	100%	<p>De mayo a diciembre ingresaron 381 funcionarios, de los cuales se verifico 31 formatos TH-F-45 VERIFICACION REQUISITOS DE HOJA DE VIDA, con sus respectivos soportes, para un cumplimiento del 100% de los requisitos.</p> <p>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</p>
	No realizar el cobro y el pago de la cuota parte pensional designada dentro de los términos legalmente establecidos	<b>ZONA RIESGO ALTA</b>	Procedimiento TH-PR-41 Cuotas partes pensionales.	100%	<p>Se evidencia la documentación del procedimiento TH-PR-41 Cuotas partes pensionales, se recomienda completar el diligenciamiento del mapa de riesgos de talento humano en cuanto al control.</p> <p>Se evidencia en base de datos adjunto la trazabilidad de las cuotas partes pensionales correspondientes a la ESE Hospital Universitario San Rafael Tunja a la fecha.</p> <p>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</p>

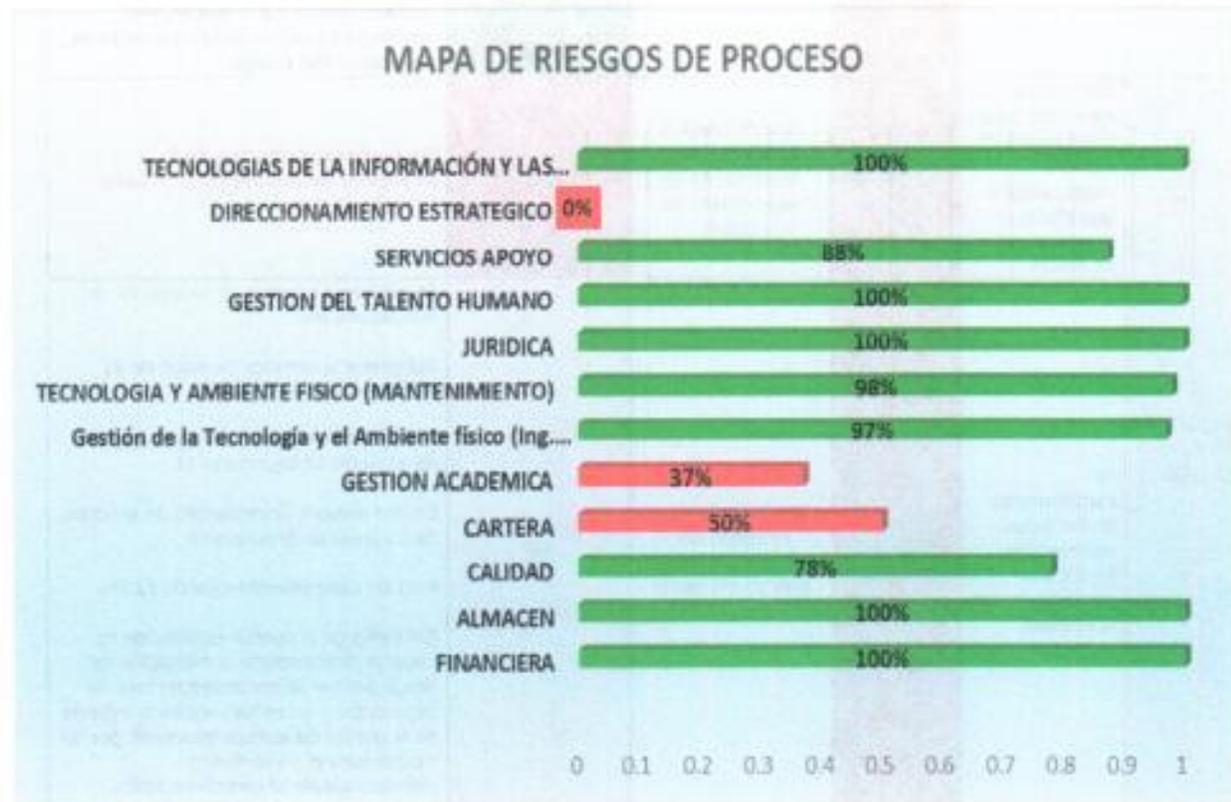
11

SERVICIOS APOYO	No cumplimiento de las acciones establecidas para evaluar la gestión del tercerizado.	ZONA RIESGO ALTA	INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES POR CADA CONTRATISTA, ACTA DE COMPROMISOS, LISTAS DE CHEQUEO GA-F-21; GA-F-21; INT-F-06; INT-F-07; INFORME CONTRATISTA, INFORME DE EJECUCION;	100%	Se evidencia informe donde relaciona la aplicación de la lista de chequeo a los servicios tercerizados y los hallazgos encontrados y subsanados.1. SERVICIO DE ALIMENTACIÓN DE PACIENTES, MEDICOS INTERNOS, Y AUTORIZADOS: Se evidenciaron 5 hallazgos de los cuales ya se subsanaron en su totalidad.2. SERVICIO DE LAVANDERIA DE ROPA HOSPITALARIA: Se evidenciaron 4 hallazgos de los cuales 2 hallazgos son persistentes.3. SERVICIO DE ASEO Y DESINFECCIÓN: Se evidencia 1 hallazgo del cual se subsano.4. SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA: Se evidenciaron 3 hallazgos de los cuales se encuentran en término de cumplimiento. <b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y mitiga la materialización del riesgo, sin embargo se recomienda verificar la redacción del riesgo.</b>
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Inadecuada ejecución en la metodología de comités institucionales que afecte el cumplimiento de metas.	ZONA RIESGO ALTA	Acta de comités institucionales, herramienta de seguimiento de comités.	0%	<b>No enviaron soportes de la implementación del control para mitigar el riesgo.</b>
	No cumplimiento de las metas establecidas frente a la planificación de la entidad	ZONA RIESGO ALTA	Acta de reunión y compromiso, informe unidad de análisis trimestral	NA	Se evidencia informe de depuración de indicadores así: Subgerencia servicios de salud de 21 áreas se depuraron 19. Subgerencia administrativa y financiera de 11 áreas se depuraron 11. Oficina asesora de desarrollo de servicios de 10 áreas se depuraron 9. Para un cumplimiento total de 92.8%  Sin embargo el control establecido no impacta directamente la mitigación del riesgo porque se encuentra en fase de depuración y no se han realizado informe de la unidad de análisis trimestral, por tal motivo para el seguimiento correspondiente el control no aplica.

12

<p>TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES</p>	<p>Desactualización y Obsolescencia Tecnológica de los sistemas de información y equipos de cómputo y comunicaciones</p>	<p><b>ZONA RIESGO ALTA</b></p>	<p>S-F-06 HOJA DE EQUIPO SISTEMAS.</p>	<p>100%</p>	<p>Se evidencia el diligenciamiento de las hojas de vida, con los mantenimientos preventivos y correctivos realizados.</p> <p>Se evidencia el formato aprobado y diligenciado de las hojas de vida de los sistemas de información y sus correspondientes actualizaciones.</p> <p>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</p>
-----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------------	-------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Revisados los riesgos identificados en el mapa de riesgos de proceso administrativos de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, se determinó un promedio de cumplimiento del 78% frente a las acciones establecidas para la mitigación de riesgo por proceso.



De acuerdo a los seguimientos realizados por la tercera línea de defensa (Oficina de control interno) se pudo evidenciar la materialización de 7 riesgos de proceso administrativo,

13

PROCESO	RIESGO MATERIALIZADO
Financiera	0
Auditoría de cuentas medicas	0
Almacen	1
Calidad	2
Cartera	2
Comunicaciones y medios	0
Contratación	0
Autorizaciones / facturación	0
Gestion académica	No se puede determinar por falta de soportes
Biomédica	1
Mantenimiento	1
Jurídica	0
STAU	0
Gestion del talento humano	0
Servicios de apoyo	0
Direccionamiento estratégico	No se puede determinar por falta de soportes
Tics	0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>

Se evidencia que en el mapa de riesgos institucional no tienen en cuenta todos los riesgos altos y extremos de los mapas de riesgos de proceso, además se observa que no se encuentran relacionados los riesgos altos y extremos de los mapas de riesgos asistenciales, de acuerdo a la resolución 068 de 2019.

PROCESO	MAPA DE RIESGOS PROCESO				MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL			
	EXTREMO	ALTO	MODERADO	BAJO	EXTREMO	ALTO	MODERADO	BAJO
GESTION DOCUMENTAL		1	1					
FINANCIERA		1	3			1		
AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS			3	1				
ALMACEN		1	1			1		
CALIDAD		2	3			2		
CARTERA	1	2			1	2		
COMUNICACIONES Y MEDIOS			2					
CONTRATACIÓN			2					
AUTORIZACIONES / FACTURACIÓN			2	2				



GESTION ACADEMICA	1		1		1			
BIOMEDICA	1	1			1			
MANTENIMIENTO	1				1			
JURIDICA	1	1			1			
STAU		1	2					
GESTION DEL TALENTO HUMANO	2		2		2			
SERVICIOS DE APOYO	1				1			
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	2				2			
TICS	1	1	1		1			
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>21</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## 2. SEGUIMIENTO RIESGOS ASISTENCIALES

La E.S.E Hospital Universitario San Rafael a través del eje de gestión de riesgos del programa de seguridad del paciente, se tienen identificados los riesgos en los programas institucionales aprobados en resolución 211 de 2017 y algunos procesos asistenciales como Laboratorio, Patología, Imagenología y CAMP, encontrando aprobados 102 riesgos, sin embargo para el 2020 no se evidenció informe de seguimiento de segundo línea de defensa por cambio de líder del programa de Seguridad del Paciente, se realizó revaloración parcial de riesgos en algunos programas, lo que dificultó el seguimiento de tercera línea de defensa.

PROGRAMA	RIESGO EXTREMO	RIESGO ALTO	RIESGO MODERADO	RIESGO BAJO	TOTAL
AMIGOS DEL CORAZON		3	1	1	5
B24		1		2	3
BUEN TRATO	3	1	2		6
FARMACOVIGILANCIA	0	2	1	1	4
TECNOVIGILANCIA	1	1	3	3	8
MADRE CANGURO		1	2	7	10
USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS	2	0	1	0	3
PIEL SANA	1	5	3	4	13
REACTIVOVIGILANCIA	1	1	1	2	5
SOPORTE METABOLICO Y NUTRICIONAL	1	2		2	5
TROMBOLISIS	4	1	2		7
IMAGENOLOGIA	3	3	1	2	9
GASTROENTEROLOGIA			2	3	5
CAMP			5		5
PATOLOGIA			2	4	6
LABORATORIO	3	3	2		8
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>31</b>	<b>102</b>

En cuanto a la identificación de los riesgos de los procesos asistenciales en hospitalización, salas de cirugía, UCIA, UCIN, UCIP, ENFERMERIA se realizó una mesa de trabajo como primera actividad dentro del ciclo de identificación de riesgos, sin embargo, a la fecha no se tiene avance.

15

### **TERCERA LINEA DE DEFENSA.**

La oficina de control interno realiza seguimiento y monitoreo de los riesgos de los programas asistenciales identificados en zona extrema y alta en total 32 riesgos, se verifica el avance de la efectividad de los controles definidos en los mapas de riesgos institucionales establecidos así:

PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO INHERENTE 2019	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2019	REVALORACION 2020	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO
AMIGOS DEL CORAZON	No identificar a los pacientes con alto riesgo cardiovascular durante su atención en la institución	ALTA	Aplicar ficha de inclusión al programa	ALTA	REVALORACION NO REALIZADA	100%	Ficha de inclusión al programa para 84 (2020) pacientes incluidos en programa Amigos del corazón de Enero a la fecha (se revisa aleatoriamente, historia clínica Servinte encontrando lista de chequeo "Plan de Inclusión al programa amigos del corazón" I	Se debe realizar revaloración de riesgos, fortalecer el diseño del control e incluir periodicidad, responsable, propósito, como se va a realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución, lo que permite realizar un seguimiento y valoración objetiva a cada actividad, Indicador 1191 "proporción de atenciones inseguras en pacientes amigos del corazón dentro de la meta".
			Aplicar escalar de framinghan			100%	Escala de aplicada y registrada en historia clínica sistematizada. Se revisa aleatoriamente, historia clínica Servinte encontrando lista de chequeo "Ficha de pacientes con riesgo Cardiovascular.	
			Seguimiento de signos vitales con ALDRETE			100%	Seguimiento realizado de signos vitales con ALDRETE	
			Verificar la aplicación de la ficha de inclusión al programa			100%	Base de datos de pacientes programa amigos del corazón, seguimiento por líder del programa Se revisa aleatoriamente, historia clínica Servinte encontrando lista de chequeo "Ficha de pacientes con riesgo Cardiovascular.	
	Inadecuada monitorización del paciente con riesgo alto cardiovascular	ALTA	Aplicar el protocolo de riesgo cardiovascular UI-PT-01 *Inducción y reintroducción del personal *Curso virtual: Buenas prácticas de riesgo cardiovascular	ALTA		80%	Asignación de pacientes e identificación en el tablero clínico con corazón de paciente cardiovascular, curso virtual para el personal nuevo, requisito para paz y salvo, sin embargo no hay seguimiento de cobertura del programa.	



No seguimiento a la instauración del plan de manejo en el paciente con alto riesgo cardiovascular en el ámbito ambulatorio	ALTA	Documentar el procedimiento de preparación para el egreso	ALTA	90%	Plantilla estandarizada recomendaciones de egreso para pacientes con Diabetes e Hipertensión	Se debe fortalecer el diseño del control, e incluir periodicidad, responsable, como se va a realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución, lo que permite realizar un seguimiento y valoración objetiva a cada actividad. Indicador 1182 "Tasa de reingreso a hospitalización antes de 15 días luego de ser inducidos en programa amigos del corazón" dentro de la meta.
		Entrega de cartilla "Liga colombiana contra el infarto y la hipertensión"		N/A	Por la Pandemia COVID-19 no se está entregando cartilla física, se incentiva descargar virtual cartilla "Liga colombiana contra el infarto y la hipertensión"	Se debe fortalecer el diseño del control, e incluir periodicidad, responsable, como se va a realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución, lo que permite realizar un seguimiento y valoración objetiva a cada actividad.
		Capacitación al paciente y cuidador para el empoderamiento acerca del manejo de su patología, Brindar información sobre promoción y prevención de la enfermedad.		90%	Educación paciente y cuidador por el grupo del interdisciplinario	Indicador 1190 "Resultados de la información en temas relacionados con manejo del paciente con riesgo cardiovascular en paciente familiar o cuidador, hospitalización" se deshabilitó por lo cual se debe realizar ajuste a la matriz
		Integración de Eps e Ips en el seguimiento de pacientes identificados con riesgo cardiovascular, a través de sistemas de información que apliquen a todas las Ips		50%	Base de datos de paciente con riesgo cardiovascular de las EPS e IPS y envío anual a las EPS.	Se envía base de datos anual a las EPS de enfermedad renal crónica según la resolución 2463 de 2014, sin embargo el seguimiento e integración no ha sido posible no se cuentan con sistemas de información que apliquen a todas las EPS.



PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2019	REVALORACION 2020	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO	
B24	No identificación de comorbilidad	EXTREMA	Capacitación del grupo interdisciplinario en la identificación y manejo de comorbilidades más frecuentes en los pacientes inmunocomprometidos.	ALTA	REVALORACION NO REALIZADA	50%	"En el primer semestre de acuerdo al plan de acción del programa, no se llevó a cabo la Reunión Equipo Interdisciplinario Programa B24 por la contingencia por Covid-19. Para el segundo semestre se programa para el mes de diciembre". Se anexa acta de capacitación "Salud Cardiovascular del 15-09-2020 Cobertura capacitación 5 /7 integrantes del programa "Salud Cardiovascular"	*Se recomienda revisar los riesgos, fortalecer el diseño del control e incluir periodicidad, responsable, como se va a realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución. *No hay claridad si la actividad de control mitiga el riesgo en relación con la causa IDENTIFICADA. No se evidencia capacitación ni promoción del programa - B24 a todo el personal de la institución como acciones de promoción, prevención y oferta del programa.	
			Inducción al personal de salud nuevo integrante del programa.				50%	"En el primer semestre no se llevó a cabo la Reunión Equipo Interdisciplinario Programa B24 por la contingencia por Covid-19. Para el segundo semestre se programa para el mes de diciembre". No se anexa soporte de Inducción a personal nuevo incluyendo Infección	*Indicador 1177 Dentro de meta Un paciente con aparición de comorbilidad con infección Hepatitis B *Se debe fortalecer el diseño del control, de acuerdo con el manual de riesgos el control debe incluir periodicidad, responsable, como se va a realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución.
			Reunión periódica del Equipo interdisciplinario para el análisis de los pacientes que presentan comorbilidad.				N/A	En el primer semestre hubo solicitud y resultado del GENOTIPO de un paciente. Posterior cambio de Tratamiento Antirretroviral (Control virológico y respuesta inmunológica) En el segundo semestre, hubo solicitud de GENOTIPO, pendiente la autorización por parte de la EPS. Sin embargo, se realizó manejo empírico con cambio de TAR al paciente con resistencia virológica. Se anexa Historia Clínica donde se menciona lo anterior.	La actividad de control "Reunión periódica del equipo interdisciplinario" no se ejecuta, según lo planteado, el análisis de la comorbilidad del paciente es individual, realizado por médico tratante como parte del manejo del paciente y queda registrado en historia clínica". Por lo cual se debe ajustar la actividad de control.

PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2019	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2019	REVALORACION 2020	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO		
FARMACOVIGILANCIA	Administración errónea e inadecuada por apariencia común en los medicamentos (LASA) o por la no identificación de medicamentos de ALTO RIESGO.	ALTA	Efectuar ronda de farmacovigilancia por los servicios trimestral.	ALTA	ALTA	100%	Se anexa tabulación de listas de chequeo 04 feb., 18-jun, 20-agosto, 06 noviembre	<p>Se debe fortalecer el diseño del control, debe indicar periodicidad, responsable, como se realiza la actividad y cuál es la evidencia de ejecución.</p> <p>Por la contingencia COVID no se continúa con las capacitación y evaluación de conocimientos medicamentos LASA y alto riesgo en todos los servicios de la institución. Establecer cronograma de capacitación.</p>		
			Efectuar control de calidad al etiquetaje de los medicamentos			100%	Anexo formato MENSUAL SF-F -84 SEGUIMIENTO A MARCAJE lasa Y alto RIESGO.			
			Retroalimentar resultados de la verificación del control de calidad al etiquetaje de los medicamentos 25/06/2020			100%	Anexo formato MENSUAL SF-F-84 SEGUIMIENTO A MARCAJE lasa Y alto RIESGO.			
			Evaluación de conocimientos adquiridos sobre administración de medicamentos alto riesgo y LASA			50%	se adjunta soporte de evaluación sexto sur, pediatría, quinto norte, Sexto sur realizada en febrero de 2020			
			Efectuar ronda de farmacovigilancia por los servicios.			100%	Se anexa tabulación de Rondas y listas de chequeo 04 feb., 18-jun, 20-agosto, 06 noviembre			
			Efectuar Retroalimentación de resultados de la evaluación a Líder proceso enfermería			0%	No se adjunta retroalimentación de resultados			
	Dispensación inadecuada de medicamentos (incompleta, incorrecta, inoportuna)	ALTA	ALTA	Revisión aleatoria periódica del procedimiento de dispensación en un servicio a través de la Lista de chequeo SF-F-91 EVALUACIÓN DE LA ADECUADA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS y seguimiento bimensual aleatorio (1 servicio) del formato SF-F-09MÉDICO QUIRÚRGICOS.	ALTA	ALTA	0%		No se adjuntan evidencias de avance y/o ejecución.	<p>Se encuentra riesgo materializado en 6 incidentes categoría 1, "La actividad del diseño de control, debe indicar periodicidad, responsable, y la evidencia de ejecución.</p>

PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2018	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2019	REVALORACION 2020	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO
TECNOVIGILANCIA	Inoportunidad y no continuidad en la atención de los pacientes, por fallo de equipos médicos	EXTREMA	Realizar ronda diaria en el formato 18-F-12 RONDA DIARIA para la inspección y verificación del funcionamiento de la tecnología en los servicios	EXTREMA	EXTREMA	90%	Se realiza ronda diaria, durante la cuarentena obligatoria por COVID, algunos meses las rondas se realizaron vía telefónica y presenciales paulatinamente para mantenimiento preventivo de equipos	Indicador 549 Proporción de fallos asociados a manipulación de equipos dentro de la meta.
			Realización de diagnóstico para identificar causas (fallo operador-accesorio, tecnología-ambiente físico)			90%	Diagnostico realizado a través de la ronda diaria.	
			Retiro/eliminación de hallazgos (uso indebido o falla de operador),			70%	Realizada a partir de la ronda diaria	
			Capacitación al servicio sobre el uso adecuado de la tecnología según hallazgos			90%	Actas de capacitación uso equipos biomédicos realizados por biomédica formato. TH-F-15 2020	
	Administración equivocada de medicamentos y soluciones por error en el uso de los Dispositivos Médicos	ALTA	Capacitación al personal asistencial en temas relacionados con tecnovigilancia y administración segura de medicamentos	ALTA	ALTA	50%	No se adjunta cronograma de Capacitación incluyendo temas tecnovigilancia y administración segura de medicamentos, se adjunta acta de capacitación "administración de medicamentos" servicio de pediatría mes de febrero.	El diseño del control no evidencia, periodicidad, responsable, evidencia de ejecución, lo cual no permite realizar valoración objetiva del cumplimiento de la actividad.
			Implementación gradual librería de medicamentos en las bombas de infusión			0%	No hay evidencia de ejecución	
			*Reinducción en el uso de equipos, priorizando los equipos de mayor reporte de fallas			100%	Acta de asistencia a jornada de re inducción de equipos	
			Efectuar seguimiento a uso de librería de medicamentos a través de la Ronda de Seguridad del paciente			N/A	Actividad a ejecutar entre enero y marzo de 2021	

PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2019	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2019	REVALORACION 2020	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO
ANTIBIOTICOS	Antibióticos administrados prolongadamente y se evidencia en el paciente falla renal y hepática.	EXTREMA	Diseñar el Programa de Farmacocinética el cual incluye el listado de antibióticos y otros medicamentos que afectan la función renal y hepática	EXTREMA	EXTREMA	50%	El programa Farmacocinética se encuentra en desarrollo	Continua la definición e implementación del programa relacionada con la vigilancia del uso de los antibióticos (farmacocinética)
			*Presentar propuesta para la implementación del programa de Farmacocinética, recursos requeridos (humano: asignación de químico líder para el programa de farmacocinética			50%	Se presenta en comité del mes de noviembre la propuesta del programa Optimización de antimicrobianos	
			Socializar e implementar el Programa de Farmacocinética			N/A	La actividad está diseñada para ejecutarla a Febrero de 2021	
	Se prescriben y administran antibióticos no acordes con el microorganismo aislado (resistencia) causante de la infección según el resultado del antibiograma.	EXTREMA	Efectuar el seguimiento al comportamiento del uso adecuado del antibiótico acorde al resultado del cultivo	EXTREMA	EXTREMA	100%	Se realiza seguimiento diario revisión de historia clínica por el programa de optimización de antimicrobianos.	Se fortalece el control, el programa a partir del mes de octubre cuenta con Infecto logia, quien a diario realiza ronda en piso y revisión de historia clínica para hacer seguimiento al adecuado uso de los antibióticos en la institución.
			Socializar los resultados encontrados en caso de desviaciones identificadas			100%	Se realiza seguimiento diario revisión de historia clínica por el programa de optimización de antimicrobianos. Y retroalimentación y ajuste de desviaciones.	
			Implementar Rondas interdisciplinarias (medico del programa y QF líder programa uso racional antibiótico			100%	Actualmente Se realizan rondas por Infecto logia	

PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2018	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2018	REVALORACION 2020	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO		
SOPORTE METABOLICO Y NUTRICIONAL	Retiro o autoretiro de acceso de nutrición enteral o parenteral	EXTREMA	*Estandarizar la verificación de las barreras de seguridad relacionadas con la administración de nutrición parenteral en la entrega la turno de enfermería	ALTA	ALTA	100%	Etiqueta de nutrición enteral y parenteral Cód.SMN-F-11 Curso Virtual ya en la plataforma	<p>Se debe fortalecer el diseño del control, de acuerdo con el manual de riesgos el control debe incluir periodicidad, responsable, como se va a realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución.</p> <p>*Las actividades de control se han ejecutado de acuerdo a lo planteado como control para mitigar los riesgos</p> <p>*Se encuentra riesgo materializado en 3 incidentes categoría "Retiro de sonda naso gástrica, Indicador 1151 "Porcentaje De *Adherencia A Los Protocolos Del Grupo Soporte Metabólico Y Nutricional" dentro de la meta 97,83%.</p>		
			* Curso virtual de soporte metabólico y nutricional			100%	Protocolo Ajustado y en aprobado en calidad Info ENF-PT-23			
			Ajustar el protocolo de inmovilización terapéutica en la cual incluya los criterios de inmovilización en pacientes con nutrición enteral o parenteral			100%	SMN-F-50 Seguimiento de acceso enteral (sonda naso gástrica y/o nasoyeyunal) para administración de nutrición enteral (lesión de piel por dispositivos médicos)- enfermería			
			Evaluar adherencia al protocolo de inmovilización terapéutica			100%	SMN-F-50 Seguimiento de acceso enteral (sonda naso gástrica y/o nasoyeyunal) para administración de nutrición enteral (lesión de piel por dispositivos médicos)			
			Ajustar la lista de chequeo de evaluación de adherencia en lo relacionado con sujeción preventiva y notas de enfermería del correcto cuidado de dispositivos de nutrición			90%	Acta de asistencia a taller de acuerdo al cronograma			
			Realizar taller de técnica de inmovilización terapéutica			100%	Acta de reunión proceso de inducción y re inducción.			
	Inadecuada vigilancia del paciente con nutrición parenteral/enteral.	ALTA	ALTA	*Estandarizar la verificación de las barreras de seguridad relacionadas con la administración de nutrición parenteral y enteral en la entrega la turno de enfermería	ALTA	ALTA	100%		Uso de Etiqueta de nutrición enteral y parenteral Cód.SMN-F-11	<p>Se debe fortalecer el diseño del control, de acuerdo con el manual de riesgos el control debe incluir periodicidad, responsable, como se va a realizar la actividad y cuál</p>
				Capacitación en soporte nutricional en proceso de inducción y re inducción			100%		Acta de reunión proceso de inducción y re inducción.	
				Evaluar adherencia a los protocolos adherencia a los protocolos del programa			100%		Lista de chequeo para adherencia a guías y protocolos de soporte nutricional. SMN-F-06	
				Realizar taller de técnica de inmovilización terapéutica			90%		Acta de asistencia a taller de acuerdo al cronograma	

		Incentivos de refuerzo positivo por adecuada adherencia a los protocolos del programa			N/A	En desarrollo la estrategia de reconocimiento con diploma a fin de año	es la evidencia de ejecución. No se encuentran eventos adversos en relación con el riesgo, el programa de SMN ha realizado actividades de control relacionadas con las causas identificadas creando cultura institucional en el manejo nutricional integral.
		Crear de una cultura institucional en la que todas las partes interesadas valoren la nutrición del paciente como parte integral del cuidado; evaluar a través de diseño y aplicación de encuesta de valoración del conocimiento en estado nutricional y su importancia en el manejo integral			100%	Encuesta elaborada y aplicada "Cultura nutricional en la E.S.E Hospital San Rafael Tunja "	
		Instaurar ronda periódica de enfermería del servicio de verificación de barreras de seguridad que incluya los cuidados preventivos relacionados con la nutrición enteral y parenteral			100%	Formato de ronda aplicación de lista de chequeo	
		Revista diaria por grupo de soporte metabólico y nutricional			100%	Evolución diaria de soporte nutricional, cuenta con plantilla específica para este fin	
		Análisis y plan de mejora de incidentes y eventos adversos relacionados			100%	Plan de trabajo de trabajo derivado de unidad de análisis	
		En reincidencia (más de dos) de fallas del individuo instauración de comparendos pedagógicos			100%	Comparendos instaurados formato CA-F-107 soporte nutricional	
		Capacitación en soporte nutricional en proceso de inducción y re inducción			100%	Acta de asistencia a reunión	
		Curso virtual de soporte metabólico y nutricional			100%	Curso Soporte nutricional en red de obligatorio realización	
Incorrecta administración de dieta	ALTA	Diseñar folletos o métodos audiovisuales para la información y educación del paciente y la familia.	EXTREMA	EXTREMA	100%	Folleto educación del paciente y familia, se hicieron recomendaciones COVID	

			Alertas en historia clínica relacionadas con alimentos o componentes de riesgo según diagnóstico del paciente.		100%	Se encuentra parametrizada dentro de los antecedentes alérgicos en historia clínica sistematizada Servinte Clínica Suite.	<p>Incluir periodicidad, responsable, como se va a realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución.</p> <p>Se han ejecutado las actividades de acuerdo a lo planteado generando impacto en la minimización de incidentes y eventos adversos. No se está aplicando.</p>
			Diseñar evaluación conocimientos adquiridos sobre barreras de seguridad para la administración de dieta correcta, efectos o consecuencias en su no ejecución en la capacitación efectuada a paciente y familia, y construcción de indicador		100%	Indicador 1130 Resultados de la información en temas relacionados con manejo del paciente con soporte nutricional en paciente, familiar y/o cuidador, hospitalización	
			Diseñar taller de capacitación práctica dirigida al personal de salud sobre barreras de seguridad para la administración de dieta correcta, efectos o consecuencias en su no ejecución		100%	Acta de asistencia a taller	
			Brindar asesoría individual y/o grupal al paciente y familia en cuanto a alimentación		100%	Indicador 1130 Resultados de la información en temas relacionados con manejo del paciente con soporte nutricional en paciente, familiar y/o cuidador, hospitalización	
			*Barreras de seguridad en pacientes programados para cirugía: revisión de la programación quirúrgica, registro en tablero individual del paciente el tipo de dieta indicado, revisión de la programación quirúrgica por parte del médico hospitalario		100%	Por cuadro de turnos de médicos hospitalarios queda un turno en la tarde únicamente para programación de cirugía	
			Inducción de nutricionistas		100%	Formato de inducción a nutricionistas TH-F-15	

			Ajustar e implementar el protocolo de disfagia, que incluya la identificación del riesgo del paciente con bronco aspiración, instauración de plan preventivo			70%	Protocolo en red Disfagia RE-PT-03, sin embargo no se logrado implementación.
			Análisis y plan de mejora de incidentes y eventos adversos relacionados			100%	Unidad de Unidad de análisis y plan de trabajo de eventos e Incidentes según la metodología establecida
			En reincidencia (más de dos) de fallas del individuo instauración de compendios pedagógicos			100%	Compendios instaurados formato CA-F-107 Compendio pedagógico seguridad del paciente.
			Control limitado por parte de servicio de vigilancia en cuanto al ingreso de alimentos desde la cafetería interna			60%	De acuerdo a las medidas establecidas por Comité de Infecciones por la contingencia por SARS-COV-2 ha mejorado la salida de alimentos de cafetería para los pacientes.

PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2019	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2019	REVALORACION 2020	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO
TROMBOISIS	No identificación correcta de pacientes con ACV isquémica candidatos a Trombolisis	EXTREMA	Capacitación semestral al recurso humano asistencial (Médicos, Jefes de Enfermería, Auxiliares de enfermería, camilleros, técnicos de radiología.	EXTREMA	NO REVALORACION 2020	45%	Indicador 1594 "Porcentaje de personal asistencial de urgencias capacitado en el programa de Trombolisis" a septiembre dato de 45% sin dar cumplimiento a meta establecida del 80% Se anexan 3 actas de capacitación febrero, junio y agosto baja cobertura	Se recomienda Realizar revaloración de riesgos. Se debe fortalecer el diseño del control, incluir periodicidad, responsable, claridad en el cómo realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución. Revisar los indicadores del riesgo ya que el "Indicador 1212 "Proporción de pacientes sometidos a terapia con RTPA de manera oportuna" fue eliminado del software Daruma * No se evidencia capacitación a camilleros y técnicos de radiología.
			Seguimiento a través del indicador: PROPORCION DE PACIENTES SOMETIDOS A TERAPIA CON RTPA DE MANERA OPORTUNA			0%	Indicador 1212 "Proporción de pacientes sometidos a terapia con RTPA de manera oportuna" fue eliminado del software Daruma por lo cual se debe revisar y ajustar	Se recomienda Realizar revaloración de riesgos. Se debe fortalecer el diseño del control, incluir periodicidad, responsable, claridad en el cómo realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución. Revisar los indicadores del riesgo ya que el "Indicador 1212 "Proporción de pacientes sometidos a terapia con RTPA de manera oportuna" fue eliminado del software Daruma
			Evaluación de adherencia a la GPC ECV			88%	Informe de medición de adherencia a GPC	Para el año 2020 se ha realizado avance de la evaluación de adherencia en

					ECV avance para el 2020 88%	urgencias, Se realiza medición de la adherencia a la GPC, por parte del programa de adherencia clínica institucional, sin embargo se recomienda involucrar al servicio de urgencias en la realización de planes de trabajo teniendo en cuenta los ítems con menor adherencia a GPC.
Evaluación incorrecta del paciente con ataque cerebrovascular (ACV) isquémico agudo	EXTREMA	Capacitación semestral al recurso humano asistencial (Médicos, Jefes de Enfermería, Auxiliares de enfermería, camilleros, técnicos de radiología. Seguimiento a través del indicador	EXTREMA	45%	Indicador 1594 "Porcentaje de personal asistencial de urgencias capacitado en el programa de Trombolisis" a septiembre dato de 45% sin dar cumplimiento a meta establecida del 80%	Realizar revisión y revaloración el indicador "Proporción de pacientes con ataque cerebrovascular candidatos para Trombolisis a quienes se les aplicó escala de valoración NIHSS al ingreso" eliminado del software Daruma
		Evaluación de adherencia a la GPC ECV		88%	Informe de medición de adherencia a GPC ECV avance para el 2020 88%	Para el año 2019 se ha realizado evaluación de adherencia del primer trimestre no socializado. "Se realiza medición de la adherencia a la GPC, por parte del programa de adherencia clínica institucional sin embargo se debe involucrar al líder del servicio de urgencias en la realización de planes de trabajo teniendo en cuenta los ítems con menor adherencia a GPC.
Inoportunidad realización de imagen diagnóstica (TAC cerebral)	EXTREMA	Capacitación semestral al recurso humano asistencial (Médicos, Jefes de Enfermería, Auxiliares de enfermería, camilleros, técnicos de radiología	EXTREMA	45%	Indicador 1594 "Porcentaje de personal asistencial de urgencias capacitado en el programa de Trombolisis" a septiembre dato de 45% sin dar cumplimiento a meta establecida del 80% Se anexan 3 actas de capacitación febrero, junio y agosto bajo cobertura	Se recomienda Realizar revaloración de riesgos. Se debe fortalecer el diseño del control incluir periodicidad, responsable, claridad en el cómo realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución. Revisar los indicadores ya que fueron eliminados del software Daruma "Indicador 1212 "Proporción de pacientes sometidos a terapia con RTPA de manera oportuna" fue eliminado del software Daruma
No disponibilidad del medicamento (RTPA) para trombolizar	EXTREMA	Tener reserva o stock del medicamento con base en el histórico	EXTREMA	100%	Stock en farmacia	Proporción de pacientes con ACV a quienes se practicó imagen diagnóstica de manera oportuna.

		ALTA	Disponer de un proveedor alternativo para el envío inmediato del medicamento.	ALTA		100%	Stock en farmacia
			Efectuar verificación constante de la dotación del medicamento por parte del servicio farmacéutico			100%	Stock en farmacia
			Seguimiento a través del indicador: <b>PROPORCIÓN DE PACIENTES SOMETIDOS A TERAPIA CON (TPA) DE MANERA OPORTUNA</b>			0%	Indicador 1212 "Proporción de pacientes sometidos a terapia con RTPA de manera oportuna" fue eliminado del software Danuma por lo cual se debe revisar y ajustar
Trombolisis en paciente con contraindicación de la misma.		ALTA	Capacitación semestral al recurso humano asistencial (Médicos, Jefes de Enfermería, Auxiliares de enfermería, camilleros, técnicos de radiología. Evaluación de adherencia a la GPC ECV	ALTA		45%	Indicador 1594 "Porcentaje de personal asistencial de urgencias capacitado en el programa de Trombolisis" a septiembre dato de 45% sin dar cumplimiento a meta establecida del 80%. Se anexan 3 actas de capacitación febrero, junio y agosto baja cobertura

PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2018	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2019	REVALORACION 2020	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO
VICTIMAS DE VIOLENCIA	No administración de profilaxis como lo contempla el protocolo de atención	EXTREMA	* Realizar seguimiento a la aplicación la ruta de atención y protocolo institucional para víctimas de violencia.	EXTREMA	NO REVALORACION 2020	0%	La LISTA DE CHEQUEO DE ADHERENCIA A LA RUTA DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL EN CODIGO VERDE EN REQUERIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA UI-F-28 y UI-F-29 para el 2020, no se ha aplicado se recomienda revisar y ajustar el control establecido	Se debe realizar revaloración de los riesgos y controles (los cuales ya no se están aplicando) fortalecer el diseño del control, incluir periodicidad, responsable, como se va a realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución, lo que permite hacer una evaluación objetiva.

			Verificar con talento humano la existencia de certificación del curso de atención a víctimas de violencia sexual del personal asistencial urgencias.			50%	Curso virtual ESE Hospital Universitario San Rafael Tunja, actualmente se encuentra gestionando el curso con la Oficina de Talento Humano según lo requerido por la Secretaría de Salud de Boyacá.	De acuerdo a la visita realizada por la SESALUB el personal no se encuentra capacitado en atención de víctimas de violencia de género con énfasis en violencia sexual de acuerdo a la normatividad vigente debe ser certificado ante las autoridades municipales y con intensidad y contenidos semejantes a los del SENAL.
Demora en la activación de la ruta de protección interinstitucional			Capacitación en la ruta de atención			50%	Acta de capacitación personal asistencial fecha: 5-08-2020 cobertura (8), 14-05-2020 cobertura (7)	Se recomienda elaborar plan de capacitación anual para realizar seguimiento a las actividades planteadas.
Entrega incompleta de órdenes o no entrega de órdenes al egreso	ALTA	ALTA	Evaluar la adherencia a la aplicación de la ruta de atención de víctimas de violencia a través de la lista de chequeo	ALTA	ALTA	N/A	La LISTA DE CHEQUEO DE ADHERENCIA A LA RUTA DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL EN CODIGO VERDE EN REQUERIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA UI-F-28 y UI-F-29 para el 2020, no se ha aplicado se recomienda revisar y ajustar el control establecido	Indicador 1468 EGRESO FAVORABLE DEL PACIENTE POR PROGRAMA BUEN TRATO eliminado de Daruma, por lo cual se debe revisar la matriz riesgos y controles.
			Evaluar adherencia a las condiciones del egreso del paciente a través de la LISTA DE CHEQUEO EGRESO FAVORABLE DEL PACIENTE (ST-F-04)			66%	Lista de chequeo adherencia a protocolo ruta atención código verde UI-F-60 Enero a Agosto de 2020	
Inoportunidad en la realización de paraclinicos o no solicitud de estos	EXTREMA	EXTREMA	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	EXTREMA	EXTREMA	0%	La lista de chequeo UI-F-29 no se está aplicando, se recomienda revisar y ajustar el control establecido	El indicador de seguimiento 1471 "porcentaje de adherencia a la ruta de atención en código verde en activación de red de apoyo interno" fue eliminado por lo cual se recomienda revisar riesgo, controles indicadores.

PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2018	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2019	REVALORACION 2020	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO
MADRE CANGUERO	Falta de captación e ingreso de pacientes con indicación al entrenamiento y seguimiento del Programa	ALTA	*Desplegar actividades para la implementación gradual de la Unidad abierta 24 horas - Cumplimiento de lineamientos de estancia en alojamiento conjunto	ALTA	ALTA	N/A	Unidad abierta de acuerdo a los Protocolos de Bioseguridad generados por la Pandemia SARS-COV-2, por tanto no es posible actualmente cumplir con la actividad planteada.	No se han presentado eventos de reingreso de pacientes, dada la pandemia en este momento no es viable aumentar el tiempo de apertura de UCIN *1259 Proporción de deserción inicial al PHC ambulatorio, sin dato

PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2018	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2019	REVALORACION 2020	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO
REACTIVO VIGILANCIA	Uso de controles de calidad deteriorados (cambio en sus características físicas del reactivo)	MODERADO	Aplicar el Control de calidad externo, Aplicar control de calidad interno	ALTA	NO SE REALIZA	100%	Bitácora de control de calidad interno LB-F-09 y externo LB-F-03	Para el 2020 no se realizó revaloración de riesgos en coordinación con el programa de seguridad del paciente. Se debe fortalecer el diseño del control, incluir periodicidad, responsable, el cómo se va a realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución. No se especifica el soporte ni periodicidad lo que dificulta la valoración de las actividades de control. *Riesgo no materializado.
			Realizar asesorías continuas respecto a los resultados de controles de calidad internos y externos			100%	Formato de análisis de control de calidad	El indicador 1197 Porcentaje de adherencia a procedimientos, protocolos, manuales y POES del laboratorio clínico se encuentra dentro de la meta.
	Resultado erróneo de exámenes de laboratorio (Falsos positivos, falsos negativos)	EXTREMA	Evaluación de adherencia a procedimientos, protocolos, manuales y POES del laboratorio clínico p	EXTREMA	NO SE REALIZA	100%	Informe semestral de adherencia a procedimientos, protocolos, manuales y POES del laboratorio clínico	El riesgo resultado erróneo de exámenes de laboratorio debe precisarse en la descripción que es relacionado con el uso de reactivos. Se anexa evaluación de conocimientos a personal de bacteriología mes de agosto. Se debe definir periodicidad, responsable, temas e incluir en planeador. Riesgo no materializado.
			Ajustar el LB-PR-14 ANALISIS DE MUESTRAS Y VALIDACION y socialización por parte del personal con mayor reincidencia.			100%	Procedimiento LB -PR-14 ANALISIS DE MUESTRAS Y VALIDACION, ajustado y socializado	
Realizar evaluación de conocimientos periódica al personal de laboratorio	60%	Formato de evaluación de conocimientos						
Instauración de compendios pedagógicos al recurso humano identificado con reincidencia de acciones inseguras	100%	Formato CA-F-107 compendio pedagógico de seguridad del paciente						

PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2018	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2018	REVALORACION 2020	% DE AVANES	SOPORTE	NIVEL 3 AUDITORIA CONTROL INTERNO
PIEL SANA	No revaloración del paciente con la escala de riesgo de acuerdo con la periodicidad establecida según recomendaciones de la escala y la GNEAUPP	EXTREMA	<p>Definir y socializar funciones a los líderes de piel sana de los servicios asistenciales, a fin de realizar seguimiento a la realización de revaloración con EVRUPP, en caso de que cambien las condiciones del paciente</p> <p>Definir estrategia para seguimiento a la ejecución de las funciones asignadas a los líderes de piel de cada servicio</p> <p>*Efectuar seguimiento a la ejecución de las funciones del rol</p> <p>Realizar ronda en los servicios para evaluar los pacientes en quien cambia su condición clínica verificando se haya solicitado interconsulta al programa</p>	EXTREMA	EXTREMA	<p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p>	<p>Acta de socialización de funciones CAPACITACION LIDERES DE PIEL SANA DE LOS SERVICIOS de ulceras por presión.</p> <p>Protocolo CH-PT-01 IDENTIFICACION DEL RIESGO Y PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION v4</p> <p>FORMATO SEGUIMIENTO LIDERES DE PIEL SANA</p> <p>Formato CH-F-08 REGISTRO DIARIO SEGUIMIENTO A PACIENTES DE PIEL SANA: Ronda diaria por enfermera PS para verificar pacientes de alto riesgo. Se adjunta soportes RONDAS DE PIEL SANA</p>	<p>El programa ha realizado la gestión oportuna e integral de los riesgos identificados para ello realizó revisión y ajuste, en el diseño del control, con periodicidad, responsable, Se realiza revaloración y ajuste de actividades, es un programa altamente productivo y de gran impacto social</p> <p>*El indicador 941 *Porcentaje de adherencia al protocolo de clasificación de riesgo se encuentra dentro de la meta 87,21%</p>
	No se instaura plan de cuidados individualizado al paciente con riesgo alto de lesión en piel	ALTA	<p>*Diseño de lista de chequeo para evaluar plan de cuidados de enfermería bajo observación directa en el paciente, su aplicación</p> <p>**Aplicación de lista de chequeo para evaluar planes de cuidado</p> <p>**Retroalimentación de resultados para establecer acciones de mejora ciclo PDCA</p>	ALTA	ALTA	100%	Lista de chequeo aprobada	<p>Las actividades se ha ejecutado de acuerdo a lo planteado ,</p> <p>* Se encuentra riesgo materializado, de acuerdo con el indicador 935 de enero a noviembre se encuentran 53 pacientes con UPP, sin cumplir con la meta en el mes de noviembre, sin embargo se han fortalecido las acciones de mejora</p>

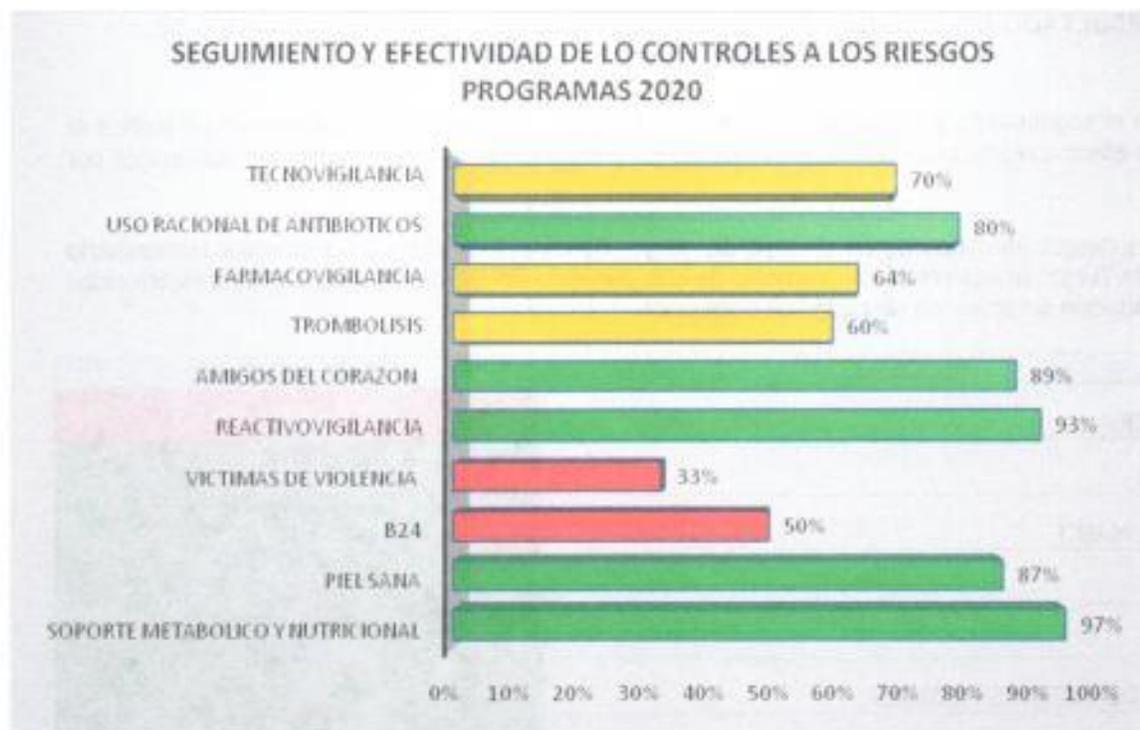
		*Aplicación de lista de chequeo para evaluar planes de cuidado			0%	De acuerdo con la contingencia por COVID-19, Actividades en desarrollo por parte de líder del proceso, se diseño lista de chequeo de evaluación, pendiente seguimiento a su aplicación *Trimestral: septiembre 2020 y enero 2021	y se ha realizado unidad de análisis respectiva, se debe fortalecer los controles con el fin de minimizar la incidencia de eventos adversos. El indicador 1380 Índice de pacientes que han presentado lesiones por presión asociada a dispositivos, se encuentra dentro de la meta se han presentado 32 de Enero a Noviembre.
		*Retroalimentación de resultados para establecer acciones de mejora cido PHVA			0%	De acuerdo con la contingencia por COVID-19, Actividades en desarrollo por parte de líder del proceso, se diseño lista de chequeo de evaluación, pendiente seguimiento a su aplicación *Trimestral: septiembre 2020 y enero 2021	
Realizar mala higiene corporal al paciente: No aplicar sustancias hidratantes/ aplicar sustancias inadecuadas durante la higiene del paciente, cuidado inadecuado del paciente con pañal	ALTA	*Socializar los resultados de evaluación de aplicación del protocolo higiene de paciente (año 2019) en segunda reunión de cada servicio énfasis tem con menor cumplimiento, SE CAMBIA ACTIVIDAD	ALTA	ALTA	100%	Soportes de capacitación a colaboradores: CAPACITACION EN HIGIENE DSE PACIENTES	Las actividades se han ejecutado de acuerdo a lo planteado.
		*Identificar el personal con menor adherencia en la aplicación del protocolo higiene de paciente (primer semestre 2020), para realizar reinducción.			100%		
Posicionamiento inadecuado del paciente (Paciente mal posicionado, sin los aditamentos necesarios o con cambios de posición sin horario establecido)	EXTREMA	Gestionar la adquisición de posicionadores y aditamentos en los servicios con mayor índice de LPP	EXTREMA	ALTA	20%	Se efectuó el diseño de los aditamentos y se solicitó cotización, sin embargo a proveedor hasta e el único oferente INCOMEDIC no está realizando actualmente la actividad comercial para suministrar los posicionadores.	Las actividades se han desarrollado de acuerdo a lo planteado sin embargo la adquisición de posicionadores y aditamentos para los servicios con mayor índice de LPP, NO HA SIDO POSIBLE SU EJECUCIÓN.
		Diseñar estrategia de comunicación como barrera de seguridad para realizar cuidados de la piel (hospitalización y urgencias)			100%	Se diseño formato de identificación visual de muy alto riesgo de LPP, para los pacientes con mayor riesgo.: Se adjunta soporte CH-F-12 IDENTIFICACION AL PACIENTE CON MUY ALTO RIESGO DE PRESENTAR LPP	
		Realizar ronda de seguridad del paciente encaminadas a supervisar la aplicación de las barreras de seguridad con el formato ENF-F-132 y retroalimentar los resultados a los			100%	Se soporta rondas realizadas	

		servicios					
		Diseñar formato para registro de cambios de posición y firma de la actividad por parte de familiar			100%	Se implementa como parte de historia clínica y se adjunta CH-F-09 VERIFICACION DE CAMBIOS DE POSICIÓN (PREVENCIÓN DE LPP)	
		Realizar prueba piloto en servicio de hospitalización de formato de cambios de posición y de acuerdo a resultados documentar e implementar.			100%	Formato cambios de posición implementado en los servicios de hospitalización pendiente sextos	
Variabilidad clínica del cuidado de la piel.	ALTA	**Diseño de lista de chequeo para evaluar plan de cuidados de enfermería bajo observación directa en el paciente, su aplicación	ALTA	ALTA	N/A	Lista de chequeo aprobada	Lista de chequeo para evaluar plan de cuidados de enfermería bajo observación directa pendiente aplicación y retroalimentación de resultados.
		Aplicación de lista de chequeo para evaluar planes de cuidado			N/A	*Trimestral: septiembre 2020 y enero 2021	
		Retroalimentación de resultados para establecer acciones de mejora ciclo PHVA			N/A	*Trimestral: septiembre 2020 y enero 2021	
Plan de cuidados preventivo inefectivo al egreso del paciente.	EXTREMA		EXTREMA	MODERADO	100%	Soportes de evaluación de educación	Se realizó capacitación a los referentes de las IPS de primer y segundo nivel del departamento, quienes son los encargados de continuar el tratamiento de estos pacientes, se adjunta soporte, no se ha realizado el despliegue del plan de cuidado de enfermería.
No identificación temprana de los primeros signos fisiológicos de una lesión por presión	ALTA	Evaluar el entendimiento de la educación brindada al paciente y cuidador **Evaluar cumplimiento de la Valoración diaria de la piel del paciente (durante el baño), a través de lista de chequeo de adherencia al protocolo higiene del paciente.	ALTA	ALTA	100%	Se adjunta soporte Informe Adherencia TRA-PT-16 Protocolo higiene de pacientes 1 Sem 2020	Las actividades de control se han desarrollado de acuerdo a lo planteado.

		<p>Valorar el cumplimiento a la lista de chequeo de recibo y entrega de turno de enfermería la realización de la valoración del riesgo y estado de piel del paciente.</p>			100%	<p>Resultados ITEM "Valoración del estado de la piel e identificación del riesgo" Lista de chequeo CODIGO: ENF-F-125</p>
		<p>Realizar taller relacionado con identificación de signos tempranos de lesión por presión (énfasis personal nuevo) durante ronda de piel sana en UCIA.</p>			100%	<p>Se realizan talleres en UCI Adulto, meses: Febrero, Agosto, Septiembre y Octubre</p>
		<p>Diseñar e implementar estrategia visual, para identificación de pacientes con signos tempranos de LPP para priorización de cuidados de la piel (Hospitalización, urgencias, UCI Pediátrica)</p>			100%	<p>Se adjunta soporte CH-F-12 IDENTIFICACION AL PACIENTE CON MUY ALTO RIESGO DE PRESENTAR LPP</p>
		<p>**Realizar taller personalizado al personal que se identifique con necesidades de capacitación enfatizando en identificación de signos tempranos de lesión por presión y cuidados de la piel a personal identificado con fallas en el cuidado de la piel.</p>			100%	<p>Soportes TALLERES A PERSONAL DE BAJA ADHERENCIA</p>
		<p>Evaluar de adherencia al protocolo CH-PT-01 través la lista de chequeo en lo relacionado con el registro de la valoración diaria de la piel.</p>			100%	<p>Se adjunta soporte Informe 1 sem 2020 BPS UPP</p>

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:

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 72%, teniendo en cuenta el porcentaje por cada uno de los programas.



Fuente: Matriz de riesgos relacionados con la seguridad del paciente CA-F-75

De acuerdo a la información aportada se encontró para el año 2020 materialización de (4) riesgos de los programas asistenciales así:

PROGRAMA	RIESGO	MATERIALIZACION
Farmacovigilancia	Dispensación inadecuada de medicamentos (incompleta, incorrecta,	6 Incidentes Categoría 1, "Dispensación inadecuada de medicamentos"
Soporte metabólico y Nutricional	Retiro y/o auto retiro de acceso de nutrición enteral o parenteral	3 incidentes categoría 3. "Retiro de sonda nasogastrica"
Piel sana y Clínica de Heridas	No se instaura plan de cuidados individualizado al paciente con riesgo alto de lesión en piel	32 Pacientes con LPP
	No identificación temprana de los primeros signos fisiológicos de una lesión por presión	

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 la herramienta y el diseño de los controles. De acuerdo con el manual de gestión de riesgo OADS-M-02 es necesario identificar en cada uno el propósito, periodicidad, responsable, como se va a realizar el control y cuál va a ser el soporte de ejecución, con el fin dar claridad a cada riesgo, identificar las falencias y mitigar de forma oportuna cada riesgo.

### 3. RESULTADO DEL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS MAPAS DE RIESGO DE CORRUPCION.

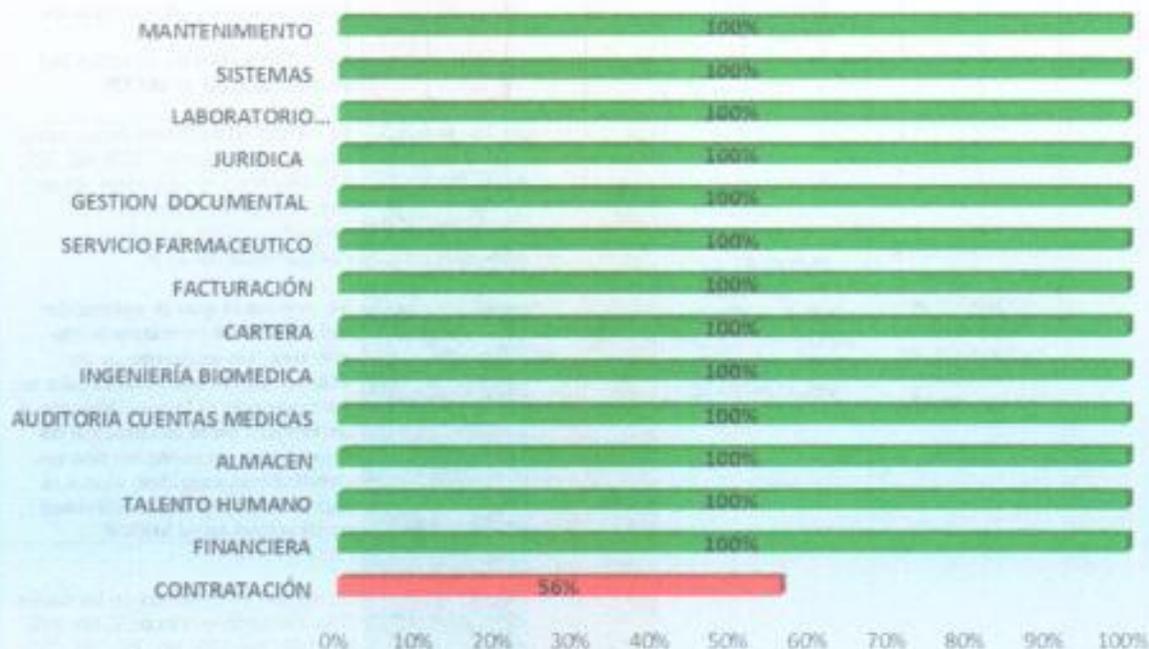
34

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 Universitario San Rafael de Tunja, se determinó un promedio de cumplimiento del 88 frente a las acciones establecidas para la disminución de aparición de riesgo de corrupción.

PROCESO	CUMPLIMIENTO
CONTRATACIÓN	56%
FINANCIERA	100%
TALENTO HUMANO	100%
FARMACIA	100%
ALMACEN	100%
AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	100%
BIOMEDICA	100%
CARTERA	100%
FACTURACIÓN	100%
FARMACIA	100%
GESTION DOCUMENTAL	100%
JURIDICA	100%
LABORATORIO	100%
SISTEMAS	100%
MANTENIMIENTO	100%
TOTAL	90%

### MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION



A continuación, se realiza seguimiento a la efectividad de los controles establecidos en cada uno de los procesos en cuanto a riesgos de corrupción:

CODIGO: OADS-F-14		MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN 2020			
VERSIÓN: 0		VALORACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN		SEGUIMIENTO 3 LINEA DE DEFENSA	
PROCESO	RIESGO	VALORACIÓN DEL RIESGO		CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES CI
		RIESGO RESIDUAL	ZONA DE RIESGO		
		CONTROLES			
CONTRATACIÓN	Vulneración a principios de la contratación pública a favor de un tercero en la selección del contratista	Publicación de la actividad contractual en el SECOP y pagina web, evaluación del contratista, respuesta a observaciones, acta de cierre del proceso,	Moderada	0%	Se revisa publicación en SECOP de la etapa precontractual de 30 contratos, los cuales se evidencia que no cumplen con el tiempo establecido para la publicación del SECOP.

		propuesta oferente, estudios previos y demás soportes asociados a la etapa precontractual. Formato C-F-07			Se evidencia que la aplicación del control no es efectiva, sin embargo es de aclarar que la materialización no corresponde a la vulneración del principio de contratación si no a la publicación del de la actividad contractual en el SECOP
	Favorecimiento a un tercero en la aceptación de bienes que no cumplan con las condiciones técnicas exigidas	INFORMES DE SUPERVISION, PUBLICACION DE INFORMES, DOCUMENTOS DE EJECUCION DEL CONTRATO	Moderada	83%	Se revisan 30 contratos de los cuales cinco (5) No. 199; No. 208; No. 229; No. 389, No. 395 contratos no se evidenciaron los informes correspondientes, para un cumplimiento del 83%  Se evidencia que la aplicación del control es medianamente efectiva, sin embargo es de aclarar que la materialización no corresponde al favorecimiento a un tercero en la aceptación de bienes que no cumplen con las condiciones exigidas, sino a la publicación del de la actividad contractual en el SECOP
	Favorecimiento a un tercero en la aceptación de servicios que no cumplan con las actividades del objeto contractual	INFORMES MENSUAL DE EJECUCION , PUBLICACION DE INFORMES, DOCUMENTOS DE EJECUCION DEL CONTRATO	Moderada	83%	Se revisan 30 contratos de los cuales 5 sin embargo en cinco (5) No. 199; No. 208; No. 229; No. 389, No. 395 contratos no se evidenciaron los informes correspondientes. Para un cumplimiento del 83%  Se evidencia que la aplicación del control es medianamente efectiva, sin embargo es de aclarar que la materialización no corresponde al favorecimiento a un tercero en la aceptación de bienes que no cumplen con las condiciones exigidas, sino a la publicación del de la actividad contractual en el SECOP.
GESTION FINANCIERA	Exclusión del giro a proveedores y contratistas para presionar y obtener algún beneficio personal.	Informe seguimiento plan financiero de cuentas por pagar.	Alta	100%	Los pagos se efectúan sin tener en cuenta aspectos diferentes a los términos contractuales, las cuentas existentes corresponden a las causadas en los meses de Mayo a Diciembre de 2020, los pagos que en algunas oportunidades se priorizan corresponden valores que se han priorizado por necesidad del servicio y posibles bloqueos en despachos.  Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y

37

					contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
TALENTO HUMANO	Favorecer a un aspirante en el acceso a un cargo sin el lleno de requisitos legales	ESTUDIOS PREVIOS, TF-F-45 VERIFICACION REQUISITOS DE HOJA DE VIDA,	Moderada	100%	De mayo a diciembre ingresaron 381 funcionarios; de los cuales se verifico 31 formatos TH-F-45 VERIFICACION REQUISITOS DE HOJA DE VIDA, con sus respectivos soportes, para un cumplimiento del 100% de los requisitos.  Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.
ALMACEN	Favorecimiento por la aceptación de mercancías que no cumplan lo establecido contractualmente.	Factura, Certificación recibido a satisfacción, informes mensuales de ingreso y egresos a contabilidad, comprobante de ingresos y egresos, comprobantes de traslado, registro de activos, aportes de seguridad social proveedor.	Moderada	100%	Se toma como muestra 25 ingresos de los meses septiembre a diciembre, donde se evidencia que cumplen con la etapa precontractual, contractual y pos contractual de los cada uno de los requerimientos, se observa el comprobante de ingreso, egreso a contabilidad, comprobante de traslado, registro de activo y verificación de la mercancía a ingresar para generar la certificación correspondiente para el pago.
AUDITORIA CUENTAS MEDICAS	Recibir Sobornos por aceptación de Glosa a favor de las entidades Responsables de Pago	AM-F-03 acta de levantamiento de glosa, indicador mensual, Informe trimestral de análisis de aceptación de glosa, notas crédito mensual.	Moderado	100%	Al tercer trimestre de 2020 se recibió en glosa \$14.030.710.992, con un valor promedio mensual \$1.558.967.888, con respecto a lo recibido en el mismo periodo del año anterior se observa un aumento del 3%, con glosa inicial vs facturación total, cumpliendo con la meta establecido de menor a 4%.  Entre las entidades con porcentaje de glosa inicial más alto en 2020 vs. la facturación están en su orden: Policía, Departamento de Boyacá, Medisalud, Sanidad Militar y Sanitas  Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.

<p>INGENIERÍA BIOMÉDICA</p>	<p>Favorecimiento en la emisión de Conceptos Técnicos y Certificaciones en la Contratación asociada a la adquisición de Equipos Médicos, con beneficio lucrativo propio.</p>	<p>CONCEPTO TÉCNICO, CONTRATO, ANEXO TÉCNICO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y SERVICIOS POSVENTA, ACTA DE RECIBO DEL EQUIPO A SATISFACCIÓN, FORMATO DE VALIDACION DE INGRESO DE TECNOLOGÍA</p>	<p>Moderada</p>	<p>100%</p>	<p>Se observa que el proceso cuenta con una lista de chequeo anexo técnico de requerimientos para cada uno de los conceptos que se emiten.</p> <p>Durante el tercer trimestre de 2020 se realizó 03 conceptos técnicos, correspondientes a videolaringoscopios, cabinas de seguridad biológicas y equipos de unidad funcional de cáncer</p> <p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b></p>
<p>CARTERA</p>	<p>Los funcionarios de cartera puedan ser objeto de concusión en ejercicio de sus funciones, por parte de los responsables de pago</p>	<p>INFORME MENSUAL DE CARTERA, INFORME TRIMESTRAL DE ESTADO DE CARTERA, INFORME TRIMESTRAL DE COBRO, INDICADOR INCREMENTO RECAUDO CARTERA 1503, INDICADOR 1500 COBRO COACTIVO, INDICADOR COBRO PERSUASIVO 1499</p>	<p>Moderada</p>	<p>100%</p>	<p>Se verifica reporte de cartera con lo causado contablemente:</p> <p>Informe octubre de 2020 saldo cartera 127.340.691.491,99 / 127.340.691.493,77 = -2 100%</p> <p>Informe octubre de 2020 difícil recaudo 56.061.167.982 / 56.061.167.980,45 = 2 100%</p> <p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b></p>
<p>FACTURACIÓN</p>	<p>NO facturación de servicios prestados por intereses particulares y no cobro de copagos.</p>	<p>Informe mensual del proceso de auditoría administrativa a comité cartera, actas de reincidencias de los facturadores</p>	<p>Moderada</p>	<p>100%</p>	<p>Se evidencia acta de comité de julio a octubre de 2020 y el informe mensual del proceso de auditoría administrativa.</p> <p>Con corte a septiembre se evidencia una disminución en la facturación neta con respecto al mismo periodo del año anterior en un 14% y un cumplimiento del 80% respecto a la meta del plan financiero.</p> <p>Se continúan adelantando las acciones tendientes a la reducción de glosas y devoluciones, con la auditoría administrativa previa a la radicación de facturación y con esto impactar en un flujo de recursos adecuado.</p> <p>A demás se observa el acta de seguimiento a los facturadores con observaciones en la facturación para que éste no se vuelva a presentar.</p>

					<p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b></p>
SERVICIO FARMACEUTICO	Favorecer a terceros mediante la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos	ESTUDIO PREVIO, CONCEPTOS TECNICOS, CONTRATO, ANEXO TECNICO DISPOSITIVOS MEDICOS, PROPUESTAS PROVEEDORES,	Moderada	100%	<p>De septiembre a diciembre de 2020 se tienen 14 contratos de medicamentos y dispositivos médicos.</p> <p>El proceso de farmacia cumple con el procedimiento SF-PR-23 procedimiento de selección, adquisición de medicamentos y dispositivos médicos.</p> <p>Se evidencia 14 estudios previos con sus conceptos técnicos.</p> <p>Se evidencia que los controles son efectivos para mitigar el riesgo</p>
GESTION DOCUMENTAL	Utilización indebida y sustracción de la información física por parte del personal de la entidad.	Diligenciamiento del formato GD- F-01 de control consulta y préstamos de documentos de archivo, Informe mensual del líder del proceso de gestión documental.	Moderada	100%	<p>Se evidencia informes mensuales de octubre a diciembre del proceso de gestión documental, además se tiene soporte del formato GD- F-01 de control consulta y préstamos de documentos de archivo,</p> <p>Octubre: Talento Humano 527, auditoria medica 42, contratación 1, calidad 22, archivo de historias clínicas 1, Para un total de 453 unidades de conservación consultadas.</p> <p>Noviembre: Talento humano 1.027, Autoria medica 68, contratación 10, Calidad 22, Archivo de historias clínicas 2, Cartera 4, facturación, 8, tesorería 3 jurídica 27, Para un total de 1.171 unidades de conservación consultadas.</p> <p>Diciembre: Talento humano 3, auditoria medica 6, archivo de historias clínicas 2, cartera 2, facturación 3, tesorería 3, jurídica 15, Para un total de 593 unidades de conservación consultadas</p> <p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar</b></p>

<p>GESTION JURIDICA</p>	<p>Favorecimiento a la parte demandante al ejercer una defensa judicial</p>	<p>PROGRAMADOR PROCESOS, ENTRE, FORMATO DE SEGUIMIENTO TECNICO DE PROCESOS OAJ-F-04</p>	<p>Moderada</p>	<p>100%</p>	<p>con la implementación del control.</p> <p>A la fecha I llevan la trazabilidad a 172 procesos a través del formato OAJ-F-04 Identificación y seguimiento de procesos, además por programación en calendario llevan la trazabilidad y recordatorio de las audiencias programadas.</p> <p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b></p>
<p>LABORATORIO CLINICO</p>	<p>Favorecimiento de proveedores mediante conceptos técnicos</p>	<p>ESTUDIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD, CONCEPTO TECNICO, ANEXO TECNICO EVALUACION DE PROVEEDORES</p>	<p>Moderada</p>	<p>100%</p>	<p>En el último trimestre se evidencia 1 estudio previo de conveniencia y oportunidad y 1 concepto técnico correspondiente a TRASLADO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS, HEMOCOMPONENTES E INSUMOS FARMACÉUTICOS 24/7 PARA EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA</p> <p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b></p>
<p>SISTEMAS</p>	<p>Alteración y sustracción de la Información registrada en los Sistemas de información (SERVINTE) por parte de uno o más colaboradores del proceso en favorecimiento de un tercero.</p>	<p>Informe de 2193 publicado en la ruta respectiva,</p>	<p>Moderada</p>	<p>100%</p>	<p>Se evidencia en red interna las estadísticas de 2193 de enero a marzo como fuente única de consulta, además se socializa en actas de entrega de turno su consolidación.</p> <p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b></p>

<p>MANTENIMIENTO</p>	<p>Favorecimiento a un tercero en la emisión de Conceptos Técnicos en la Contratación asociada a la adquisición, mantenimiento de infraestructura hospitalaria y equipo industrial.</p>	<p>ESTUDIOS PREVIOS C-F-01, CONCEPTO TECNICO C-F-07, CUADRO COMPARATIVO, PROPUESTAS,</p>	<p>Moderada</p>	<p>100%</p>	<p>En el tercer cuatrimestre de 2020 se realizaron 6 conceptos técnicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Arrendamiento de compresor, aire instrumental UMI.</li> <li>2. Automatización y ventilación mecánica</li> <li>3. Compra de 3 ascensores</li> <li>4. Mantenimiento de Infraestructura archivo sótano.</li> <li>5. Suministro de flujómetros y mangueras</li> <li>6. Suministro e instalación de UPS y baterías.</li> </ol> <p>Se verifican cada uno de los estudios previos evidenciando que se cuenta con la evaluación técnica y económica.</p> <p><b>Se evidencia que la aplicación del control es efectiva y contribuye a la mitigación del riesgo, se recomienda continuar con la implementación del control.</b></p>
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------	-------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Los controles establecidos para la mitigación de riesgos de corrupción en la E.S.E Hospital Universitario san Rafael de Tunja, se vienen cumpliendo en un 90%. Sin embargo, se identifican procesos como mantenimiento que no aportaron soportes y que dificulta verificar si realmente los controles se están aplicando o no.

#### 4. RECOMENDACIONES

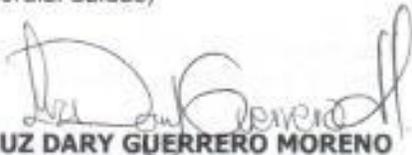
- ✓ Se debe dar cumplimiento a la resolución 068 de 2019 y al manual de gestión de riesgo con el fin de hacer seguimiento por las tres líneas de defensa a los mapas de riesgos asistenciales y tener la trazabilidad de avance de cada uno de ellos.
- ✓ Revisar la metodología y herramienta CA-F-77 "Matriz de riesgos relacionada con seguridad del paciente, buscando estandarizar y simplificar la identificación de riesgos incluyendo actividades de control puntuales medibles, determinar responsable del control, periodicidad, forma de realización y evidencia de ejecución con el fin de realizar seguimiento objetivo a la ejecución y valoración de la efectividad de los controles.
- ✓ Unificar criterios de evaluación de los controles para las 3 líneas de defensa para los mapas de riesgo por procesos 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.
- ✓ Unificar matriz de riesgos de los procesos asistenciales y programas, teniendo en cuenta los riesgos no solo del programa de seguridad del paciente sino de los demás riesgos representativos

que puedan presentarse, con el fin de que los líderes de procesos coadyuven a la gestión de riesgos.

42

- ✓ Continuar con la identificación de los riesgos de los procesos asistenciales en hospitalización, salas de cirugía, UCIA, UCIN, UCIP, ENFERMERIA, teniendo en cuenta que en la vigencia 2020 se realizó una mesa de trabajo como primera actividad dentro del ciclo de identificación de riesgos, sin embargo, a la fecha no se tiene avance.
- ✓ Tener en cuenta los tiempos para implementar los compromisos realizados para documentar controles que mitiguen los riesgos de proceso con el fin de evitar la materialización de los mismos.
- ✓ Incluir en el mapa de riesgos institucional todos los riesgos altos y extremos de los mapas de riesgos de proceso, ya que se identificó riesgos altos que no se encuentran en el mapa de riesgos institucional, además se observa que no se encuentran relacionados los riesgos altos y extremos de los mapas de riesgos asistenciales.
- ✓ Tener en cuenta las recomendaciones dadas por la oficina de control interno en cuanto a los procesos que no reportaron acciones o faltan por ejecutarlas.
- ✓ Teniendo en cuenta la emergencia sanitaria derivada del COVID-19, es necesario fortalecer y ajustar las acciones tendientes al cumplimiento de la Política de CERO CORRUPCIÓN, así mismo cumplir con los lineamientos establecidos en la CIRCULAR CONJUNTA No 100-008-2020, la cual contempla el levantamiento de riesgos de corrupción en el marco de la emergencia por COVID-19.

Cordial Saludo,



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

Proyectó: Dorisol Pamplona Vanegas, Claudia Carolina Correa /Revisó: Luz Dary Guerrero Moreno