

Al contestar cite: 20201100002791



Tunja,

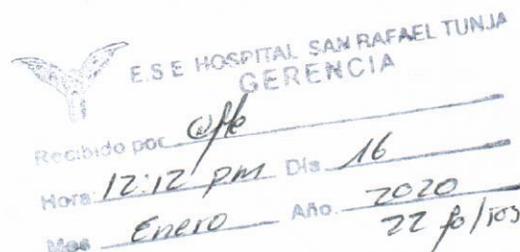
Doctora

LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ

Gerente

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

Ciudad



Ref. Seguimiento Mapa de Riesgos por proceso, asistenciales y de Corrupción a 31/12/2019.

Cordial Saludo Doctora Lyda,

En cumplimiento a la Ley 87/1993, a la ley 1474/2011 y de conformidad con las funciones legales y de planeación de esta oficina, adjunto envío informe de seguimiento a Mapas de Riesgo, el cual 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 2019.

Atentamente,



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

Anexo Informe Seguimiento Mapas de Riesgo (Contiene 22 Folios).

Tunja,

Doctora

LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ

Gerente

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

Ciudad

Referencia: Seguimiento Mapa de Riesgos por proceso, asistenciales y de Corrupción.

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 013 de 2019, 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 en sitio 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. 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.

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 205 de 2019, dando como resultado el siguiente:

PROCESOS ESTRATEGICOS				
PROCESO	SUB PROCESO	SUB, SUB PROCESO	MAPA DE RIESGOS	PORCENTAJE
Direccionamiento Estratégico			Tiene mapa de riesgos	100%
Gestion integral de la calidad			Tiene mapa de riesgos	100%
Sistema de Información al usuario			Tiene mapa de riesgos	100%
Gestión académica e investigativa			Tiene mapa de riesgos	100%
Epidemiología y salud publica			Tiene mapa de riesgos	100%

PROCESOS DE APOYO				
PROCESO	SUB PROCESO	SUB, SUB PROCESO	MAPA DE RIESGOS	PORCENTAJE
Almacén			Tiene mapa de riesgos	100%
Comunicaciones y medios			Tiene mapa de riesgos	100%
Gestión de la tecnología y el ambiente físico	Mantenimiento		Tiene mapa de riesgos	100%
	Biomédica		Tiene mapa de riesgos	100%
Gestion Administrativa	Auditoría de cuentas medicas		Tiene mapa de riesgos	100%
	Cartera		Tiene mapa de riesgos	100%
	Comercial		No tiene mapa de riesgos	0%

	Facturación	Aseguramiento	Tiene mapa de riesgos	100%
			No tiene mapa de riesgos	0%
Gestión Ambiental			Tiene mapa de riesgos	100%
Gestión de las tecnología de las comunicaciones (TICS)			Tiene mapa de riesgos	100%
Gestión de Talento Humano			Tiene mapa de riesgos	100%
Gestión documental	Archivos de Gestión		Tiene mapa de riesgos	100%
	Archivo de historias Clínicas		No tiene mapa de riesgos	0%
Gestión de contratación			Tiene mapa de riesgos	100%
Gestión financiera			Tiene mapa de riesgos	100%
Gestión jurídica			Tiene mapa de riesgos	100%
Seguridad de salud en el trabajo			Tiene mapa de riesgos	100%
Servicios de Apoyo	Alimentación		Tiene mapa de riesgos Transversal	100%
	Aseo		Tiene mapa de riesgos Transversal	100%
	Vigilancia		Tiene mapa de riesgos Transversal	100%

1.2 PRIMERA LINEA DE DEFENSA.

Siguiendo los lineamientos de la resolución 068 de 2019 en su artículo 5, un primer seguimiento en el segundo trimestre del año por el líder de proceso.

SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESO

Se evidencia actas de reunión de seguimiento realizado por los líderes de proceso a los mapas de riesgos por proceso con corte a 31 de julio de 2019, donde los procesos verifican los controles y hacen análisis de los mismos evidenciando el autocontrol por parte de la primera línea.

PROCESO	PRIMERA LINEA DE DEFENSA
ALMACEN	100%
GESTION AMBIENTAL	100%
AUDITORIA MEDICA	100%
BIOMEDICA	100%
CALIDAD	100%
CARTERA	100%
FACTURACIÓN	100%
COMUNICACIONES	100%
CONTRATACIÓN	100%

DIRECCIONAMIENTO	100%
FINANCIERA	100%
GESTION ACADEMICA	100%
GESTION DOCUMENTAL	100%
INTERVENTORIA	100%
JURIDICA	100%
MANTENIMIENTO	100%
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	100%
SIAU	100%
SISTEMAS	100%
TALENTO HUMANO	100%

SEGUIMIENTO RIESGOS ASISTENCIALES

De acuerdo a la información aportada por el programa de seguridad del paciente y de acuerdo a la resolución 068 de 2019 "política de gestión de riesgos", la primera línea de defensa realizó la revaloración de los riesgos, ajuste y seguimiento a la ejecución del plan de control planteado para cada riesgo. La socialización del seguimiento de primera línea fue presentada en comité de Seguridad del Paciente por parte de cada uno de los líderes de los programas institucionales. Así mismo se hizo identificación de los riesgos de los procesos de imagenología que aplica a los servicios de cardiología y resonancia magnética así como los riesgos del servicio de gastroenterología y central de adecuación y preparación de mezclas, los cuales se trabajaron de acuerdo con los lineamientos de la gestión de riesgo incluidos en el programa de seguridad del paciente en el segundo eje conductor CA-PG-03. De acuerdo al seguimiento encontrado en cada matriz de riesgos.

PROGRAMA	RIESGO EXTREMO	RIESGO ALTO	RIESGO MODERADO	RIESGO BAJO	TOTAL
AMIGOS DEL CORAZON	0	3	1	1	5
B24	0	1	0	2	3
BUEN TRATO	3	1	2	0	6
FARMACOVIGILANCIA	0	2	1	1	4
TECNOVIGILANCIA	1	1	3	3	8
MADRE CANGURO	0	1	2	7	10
USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS	2	2	0	0	4
PIEL SANA	3	4	3	3	13
REACTIVOVIGILANCIA	1	1	1	2	5
SOPORTE METABOLICO Y NUTRICIONAL	1	2	0	2	5
TROMBOLISIS	4	1	2		7
IMAGENOLOGIA	3	3	1	2	9
GASTROENTEROLOGIA	0	0	2	3	5

CAPM	0	0	5	0	5
TOTAL	18	22	23	26	89

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

1.3 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 MECI 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, un segundo seguimiento en el tercer trimestre del año realizado por la oficina de desarrollo de servicios.

SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESO

El área de planeación realizó seguimiento a los mapas de riesgo por proceso el 02 de octubre de 2019, donde se reúne con cada uno de los líderes verifica los riesgos y sus controles y establece la metodología impartida por la función pública para modificar los mapas de riesgos de proceso y de corrupción existentes y generar otros actualizados, **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.**

SEGUIMIENTO RIESGOS ASISTENCIALES

La segunda línea de defensa realizó seguimiento a la ejecución del ciclo de gestión del riesgo de seguridad del paciente de los programas institucionales de la ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja, acorde con lo definido en el segundo eje conductor del CA-PG-03 Programa Seguridad del paciente, mediante la Revaloración de cada riesgo y estableciendo el riesgo residual junto con la formulación de nuevas acciones del plan de control, producto de este seguimiento se encuentra las siguientes observaciones frente al riesgo residual basado en el impacto de las medidas efectuadas:

No.	PROGRAMA INSTITUCIONAL	TOTAL RIESGOS □	VIGENCIA	EVALUACION DEL RIESGO 2018				TENDENCIA	OBSERVACIONES
				ZONA RIESGO EXTREMA	ZONA RIESGO ALTA	ZONA RIESGO MODERADA	ZONA RIESGO BAJA		
1	Programa Soporte metabólico y Nutricional	5	2018	1	2	0	2	ESTABLE	Continuar con la ejecución de las acciones para mitigar y prevenir los riesgos clasificado como EXTREMO, ALTO *R5 Incorrecta administración de dieta: en la revaloración se reclasifica como zona EXTREMA dado que la probabilidad de ocurrencia es alta y el impacto en el paciente es catastrófico, por lo cual se requiere continuar con las acciones para mitigar su materialización
			2019	1	2	0	2		
2	Programa de Trombosis cerebral	7	2018	4	3	0	0	ESTABLE	La probabilidad de ocurrencia es baja, sin embargo su materialización es catastrófica, dado el impacto que puede presentar en el paciente. Lo que hace que el riesgo sea clasificado en zona de riesgo EXTREMA, se requiere continuar con ejecución de acciones para controlar el riesgo, las cuales están enfocadas a la capacitación del personal asistencial
			2019	4	1	2	0		
3	Programa de Madre canguro	10	2018	0	6	2	2	DECRECE NTE	Para el riesgo ALTO dado que el impacto en el paciente es mayor en caso de su materialización aunque su probabilidad de ocurrencia es baja, por lo cual se requiere continuar con las acciones para mitigar su materialización 7 (70%) riesgos se encuentran en zona BAJA quedando reducido a niveles aceptables
			2019	0	1	2	7		
4	Programa Amigos del corazón	5	2018	0	7	0	0	DECRECE NTE	Para los riesgos ZONA EXTREMA ALTO 3 (60%) se requiere continuar con ejecución de acciones para controlarlos
			2019	0	3	1	1		
5	Programa Piel Sana y Clínica de Heridas	13	2018	3	7	3	0	ESTABLE	Para los riesgos que persisten en zona EXTREMA 3 (23%) dado que la probabilidad de ocurrencia es muy alta y el impacto en el paciente es moderado, por lo cual se requiere continuar con las acciones para mitigar su materialización: R2 No revaloración del paciente con la escala de riesgo de acuerdo con la periodicidad establecida según recomendaciones de la escala y la GNEAUPP así como para los riesgos en zona ALTA 4 (30%) R10 Posicionamiento inadecuado del paciente (Paciente mal posicionado, sin los aditamentos necesarios o con cambios de posición sin horario establecido) R3 Plan de cuidados preventivo inefectivo al egreso del paciente.
			2019	3	4	3	3		

No.	PROGRAMA INSTITUCIONAL	TOTAL RIESGOS □	VIGENCIA	EVALUACION DEL RIESGO 2018				TENDENCIA	OBSERVACIONES
				ZONA RIESGO EXTREMA	ZONA RIESGO ALTA	ZONA RIESGO MODERADA	ZONA RIESGO BAJA		
6	Programa de Farmacovigilancia	7	2018	0	5	2	0	DECRECE NTE	Para los riesgos que persisten en zona ALTA, 2 (40%) se requiere continuar con ejecución de acciones para controlar el riesgo
			2019	0	2	1	1		
7	Programa Tecnovigilancia	9	2018	2	5	0	2	DECRECE NTE	Continuar con la ejecución de las acciones para mitigar y prevenir los riesgos clasificado como EXTREMO, ALTO *R2 Inoportunidad y no continuidad en la atención de los pacientes, por fallo de equipos médicos
			2019	1	1	3	3		
8	Programa reactivovigilancia	4	2018	1	0	1	2	ESTABLE	Continuar con la ejecución de las acciones para mitigar y prevenir los riesgos clasificado como EXTREMO, ALTO *R4 Resultado erróneo de exámenes de laboratorio (Falsos positivos, falsos negativos)
			2019	1	1	0	3		
10	Programa Víctimas de Violencia	6	2018	3	2	1	0	ESTABLE	riesgo persiste en zona EXTREMA 3 (50%) dado que la probabilidad de ocurrencia es moderada y el impacto en el paciente es catastrófico, por lo cual se requiere continuar con las acciones para mitigar su materialización R2 No administración de profilaxis como lo contempla el protocolo de atención R4 Entrega incompleta de órdenes o no entrega de órdenes al egreso R5 Inoportunidad en la realización de paradiagnósticos o no solicitud de estos
			2019	3	1	2	0		
11	Programa B24	3	2018	1	2	0	0	DECRECE NTE	Para el riesgo identificado persiste en zona ALTA, lo anterior debido a que el impacto en el paciente es mayor en caso de su materialización
			2019	0	1	0	2		
12	Programa uso racional de Antibióticos	4	2018	2	2	0	0	ESTABLE	Continuar con las acciones encaminadas a mitigar y/o prevenir la materialización de los riesgos clasificados en zona EXTREMA R3 Antibióticos administrados prolongadamente y se evidencia en el paciente falla renal y hepática. R4 Se prescriben y administran antibióticos no acordes con el microorganismo aislado (resistencia) causante de la infección según el resultado del antibiograma.
			2019	2	2	0	0		
TOTAL RIESGOS 2018				17	41	9	8	75	
TOTAL RIESGOS 2019				15	17	13	21	66	
PORCENTAJE DE RIESGOS 2018				23	55	12	11		
PORCENTAJE DE RIESGOS 2019				23	26	20	32		

En conclusión de acuerdo al seguimiento de segunda línea de defensa se requiere continuar con la gestión de los riesgos clasificados en zona EXTREMA y ALTA, mediante la ejecución de las actividades formuladas en el plan de control de cada matriz.

1.4 TERCERA LINEA DE DEFENSA.

SEGUIMIENTO RIESGOS POR PROCESO

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

PROCESO	RIESGO	CONTROL	EVIDENCIA	INDICADOR / PRODUCTO	RIESGO RESIDUAL	%	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Inadecuada ejecución en la metodología de comités institucionales que afecte el cumplimiento de metas.	Resolución 169 de 2018	Acta de comités institucionales, herramienta de seguimiento de comités.	Herramienta de Seguimiento de cumplimiento planes de acción de comités institucionales.	ZONA DE RIESGO ALTA	92%	<p>Se tuvo como base el seguimiento realizado por la oficina de control interno el cual se obtuvo los siguientes resultados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. COMITÉ DIRECTIVO: 100% 2. COMITÉ DE CONCILIACIONES: 89% 3. COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO Y CALIDAD: 90% 4. COMITÉ DE GESTION Y DESEMPEÑO: 100% 5. COMITÉ DE IAMI 92% 6. COMITÉ FARMACIA Y TERAPEUTICO 99% 7. COMITÉ TRANSFUSIÓN SANGUINEA: 79% 8. COMITÉ HOSPITALARIO EMERGENCIAS Y DESASTRES 9. COMITÉ ETICA HOSPITALARIA: 45% 10. COMITÉ DE MORTALIDAD INSTITUCIONAL 92% 11. COMITÉ SOSTENIBILIDAD FINANCIERA Y EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE BIENES (BAJAS) (CONTABLE): 88% 12. COMITÉ CARTERA: 93% 13. COMITÉ PARITARIO DE SALUD OCUPACIONAL: 87% 14. COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL: 100% 15. COMITÉ DE BIENESTAR Y CAPACITACIÓN E INCENTIVOS: 100% 16. COMISIÓN DE PERSONAL: 100% 17. COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN CLÍNICA 81% 18. COMITÉ GEASTION AMBIENTAL GAGAS: 100% 19. COMITÉ BIOETICA INVESTIGACIÓN: 94% 20. COMITÉ DOCENTE SERVICIO: 98% 21. COMITÉ ARCHIVO: 99% 22. COMITÉ ANTITRAMITES Y GOBIERNO EN LINEA: 99% 23. COMITÉ HISTORIAS CLÍNICAS: 99% 24. COMITÉ VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA (COVE): 100% 25. COMITÉ INFECCION INTRAHOSPITALARIA: 100% <p>Total porcentaje de cumplimiento de comités 92%</p>

							Se evidencia que los controles son efectivos para mitigar el riesgo, sin embargo se recomienda fortalecer el seguimiento que realiza la oficina asesora desarrollo de servicios a través de la herramienta establecida, ya que ésta se enfoca solo al cumplimiento del plan de trabajo y no a todos los lineamientos establecidos en la resolución 169 de 2018.
	No cumplimiento de las metas establecidas frente a la planificación de la entidad	Procedimiento OADS-PR-01 GESTION Y SEGUIMIENTO O A INDICADORES	Acta de reunión y compromiso, informe unidad de análisis trimestral	Informe gestión de indicadores trimestral	ZONA DE RIESGO ALTA	50%	De los 3 informes de indicadores solicitados, solo se tiene informe consolidado del primer trimestre, sin embargo frente al II y III trimestre se allegaron soportes de la revisión y seguimiento realizado por la oficina de calidad en el mes de diciembre, sin embargo el seguimiento no se viene realizando trimestralmente como lo establece el procedimiento OADS-PR-01. Se recomienda tener en cuenta los tiempos establecidos para los informes con el fin de tener información para la toma de decisiones. Se evidencia que varios de los indicadores de los procesos no cumplen con las metas establecidas lo que permite observar la materialización del riesgo.
GESTION FINANCIERA	Giro con diferencias entre valor pagado y el valor a pagar	PROCEDIMIENTO AF-PR-39 GIRO DE CUENTAS POR PAGAR RELACIONADOS CON PAGO DE NOMINA, GAF-PR-36 GIRO LIQUIDACION Y GIRO DE CUENTAS POR PAGAR A PROVEEDORES	Conciliaciones bancarias, comprobante de egreso con exitoso de pago.	Valor Pagado del periodo / valor a Pagar del periodo * 100	ZONA DE RIESGO ALTA	100%	Se evidencia conciliaciones bancarias correspondientes a las cuentas de la institución donde se asegura que los apuntes contables están correctamente reflejados en los saldos bancarios. Se revisaron las conciliaciones de: 1. CTA 176269999445 DAVIVIENDA OCT 2. CTA AHORROS NOV 17620002000-4 3. CTA 17626999353 DAVIVIENDA AHORROS NOV 4. CTA 17626999951-0 DAVIVIENDA CORRIENTE NOV 5. CTA AHORROS OCCIDENTE NOV 390-84108-8 6. CTA CORRIENTE ITAU NOV 176269999445 7. CTA DAVIVIENDA AHORROS 176200033098 NOV 8. CTA DAVIVIENDA AHORROS 176200048880 NOV 9. CTA DAVIVIENDA AHORROS 55017620035077 NOV 10. CTA DAVIVIENDA AHORROS 55017620035077 NOV 11. CTA OCCIDENTE AHORROS NOV 390-84108-8
	Inconsistencias entre recaudo efectivo y su contabilización.	PROCEDIMIENTO AF-PR-37 CONCILIACION DIARIA Y MENSUAL DE BANCOS, CAR-PR-08 REGISTRO DE INGRESOS	conciliación bancaria	Conciliaciones Bancaria	ZONA DE RIESGO ALTA	100%	Se evidencia conciliaciones bancarias correspondientes a las cuentas de la institución donde se asegura que los apuntes contables están correctamente reflejados en los saldos bancarios. Se revisaron las conciliaciones de: 1. CTA 176269999445 DAVIVIENDA OCT 2. CTA AHORROS NOV 17620002000-4 3. CTA 17626999353 DAVIVIENDA AHORROS NOV 4. CTA 17626999951-0 DAVIVIENDA CORRIENTE NOV 5. CTA AHORROS OCCIDENTE NOV 390-84108-8 6. CTA CORRIENTE ITAU NOV 176269999445 7. CTA DAVIVIENDA AHORROS 176200033098

							NOV 8. CTA DAVIVIENDA AHORROS 176200048880 NOV 9. CTA DAVIVIENDA AHORROS 55017620035077 NOV 10. CTA DAVIVIENDA AHORROS 55017620035077 NOV 11. CTA OCCIDENTE AHORROS NOV 390-84108-8.
GESTION DEL TALENTO HUMANO	Incumplimiento de los requisitos, perfiles y competencia exigidos y enmarcados dentro de las normas que regulan la institución	PROCEDIMIENTO VERIFICACION, MANEJO Y CONTROL Y CUSTODIA DE HISTORIAS LABORALES TH-PR-05	ESTUDIOS PREVIOS, TF-F-45 VERIFICACION REQUISITOS DE HOJA DE VIDA,	No de colaboradores que cumplen los requisitos (FORMACION, EXPERIENCIA) según el control establecido / Total de colaboradores que ingresaron en el periodo x 100 (TRIMESTRAL)	ZONA DE RIESGO ALTA	100%	Se revisan 15 hojas de vida como muestra aleatoria, evidenciando que el proceso de talento humano aplica el formato TH-F-45 verificación de requisitos de hoja de vida; en la vigencia han aplicado 375 listas de chequeo, 4 de planta, 186 de contrato y 185 personal en misión. Se evidencia que los controles son efectivos para mitigar el riesgo
	No realizar el cobro y el pago de la cuota parte pensional designada dentro de los términos legalmente establecidos	PENDIENTE DOCUMENTAR SEGÚN COMPROMISOS ACTA 21 AGOSTO DE 2019		No cobros realizados en el trimestre/total cobros a realizar*100	ZONA DE RIESGO ALTA	50%	Se evidencia que realizan cobro trimestral a las entidades concurrentes por concepto de cuotas partes pensionales del periodo comprendido del entre enero a septiembre de 2019. En cuanto a compromiso pactado para documentar el procedimiento de pago y cobro de cuotas partes pensionales se encuentran en proceso y manifiesta el proceso que lo tiene listo para marzo de 2020. Se evidencia que los controles son medianamente efectivos para mitigar el riesgo
TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES	Desactualización y Obsolescencia Tecnológica de los sistema de información y equipos de cómputo y comunicaciones	HOJAS DE VIDA DE EQUIPO Y HOJ DE VIDA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN	S-F-06 HOJA DE EQUIPO SISTEMAS PENDIENTE DOCUMENTAR HOJA DE VIDA DE SISTEMAS DE INFORMACION	HOJAS DE VIDA DE EQUIPO Y HOJA DE VIDA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN	ZONA DE RIESGO ALTA	50%	Se evidencia las hojas de vida de los equipos de sistemas, sin embargo no se han documentado las hojas de vida de los sistemas de información. Se evidencia que los controles son medianamente efectivos
GESTION DE MANTENIMIENTO	No ejecución del Plan de Mantenimiento	PROCEDIMIENTO PREVENTIVO A LA INFRAESTRUCTURA Y DOTACION HOSPITALAR IA MAN-PR-01	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 TO MAN-F-19	CUMPLIMIENTO PLAN DE MANTENIMIENTO SEGÚN CRONOGRAMA POR COMPONENTES DEL PMH	ZONA DE RIESGO ALTA	0%	No presento soportes de los controles implementados, No se puede verificar la efectividad para mitigar el riesgo.

<p>BIOMEDICA</p>	<p>Falla en los equipos biomédicos asociados a operación indebida</p>	<p>IB-PR-06 MANTENIMIENTO PREDICTIVO CAPACITACIÓN</p>	<p>IB-F-02 REPORTE DE MANTENIMIENTO EQUIPO BIOMEDICO, REPORTE DIARIO DE FALLAS EQUIPO BIOMEDICO IB-F-05,</p>	<p>Porcentaje de reportes diarios asociados a operador (1090) Porcentaje de capacitación en uso de dispositivos y equipos médicos al personal de salud (1088) INDICADOR MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS POR MALA MANIPULACIÓN . (549)</p>	<p>ZONA DE RIESGO ALTA</p>	<p>50%</p>	<p>Se revisa las actividades del procedimiento IB-PR-06 Mantenimiento predictivo, se identifica que se realiza la ronda diaria de lunes a viernes en el formato IB-F-05.</p> <p>Se revisa el indicador 1088, Porcentaje de capacitación en uso de dispositivos y equipos médicos al personal de salud, sin embargo se pregunta a laboramos SAS por el ingreso de personal de enfermería del primer semestre de 2019, donde mencionan que son 52 funcionarios de enfermería y en el indicador solo menciona 30, el cual los datos no son confiables y no estaría al 100%, adicional para este indicador tiene focalizado el indicador a personal de enfermería, y el uso de equipos biomédicos no es exclusivo para este sector, por tal motivo se recomienda ampliar la cobertura del indicador y revisar la fuente de información del mismo con el fin de tener información fiable que permita la toma de decisiones.</p> <p>Se revisa el indicador 549, MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS POR MALA MANIPULACIÓN, se observa lo siguiente:</p> <p>1. Los datos no son coincidentes con la base de datos, el indicador y las planillas de ronda.</p> <p>Enero 0 planilla, indicador 0 Febrero 1 planilla, indicador 0 Septiembre: 1 planilla, indicador 2 Octubre: 0 planilla, indicador 1</p> <p>Se recomienda verificar la fuente de información de los datos para alimentar el indicador con el fin de tener datos confiables para la toma de decisiones</p> <p>Se evidencia la materialización del riesgo dado que en el año 2019 se presentaron 6 fallas de equipo biomédico asociado a operación indebida.</p>
<p>GESTION ACADEMICA</p>	<p>NO ADHERENCIA A LA REGLAMENTACION DEL HOSPITAL</p>	<p>PROCEDIMIENTO GAC-PR-02 SUPERVISION PERSONAL EN ENTRENAMIENTO</p>	<p>ACTA DE SEGUIMIENTO, ACTA DE COMITÉ DOCENCIA SERVICIO DE LOS CASOS COMO: ACCIDENTALIDAD Y EVENTOS ADVERSOS.</p>		<p>ZONA DE RIESGO ALTA</p>	<p>100%</p>	<p>Se evidencia acta de supervisiones realizadas por el proceso, y las actas de comité de docencia servicio donde se hace seguimiento a los hallazgos encontrados.</p> <p>Se evidencia que los controles son efectivos para mitigar el riesgo</p>

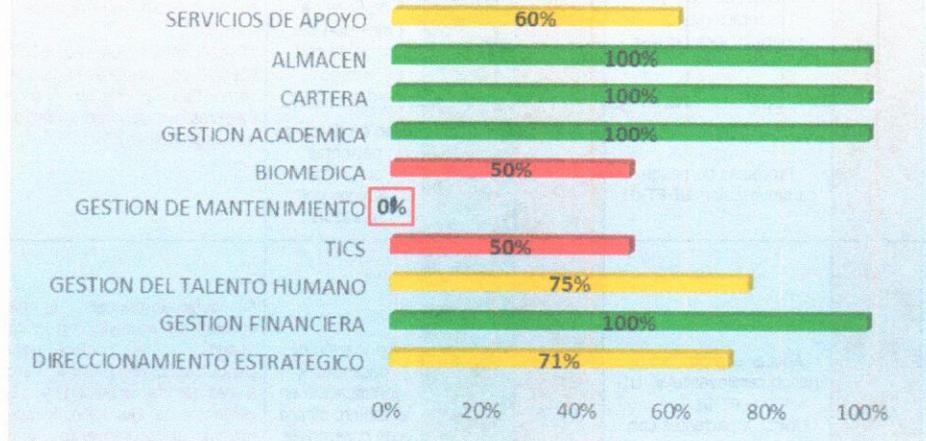
CARTERA	Crecimiento en el monto y edad de la cartera,	F-PR-12 PROCESO DE COBRO	Informe de seguimiento a cobro, Indicadores: 1499, 1500, 1501,1502	360 / VECES QUE ROTA LA CARTERA (1501) Meta: <=1500 días Incremento recaudo de cartera (Valor recaudado trimestre vigencia actual / Valor Recaudado trimestre vigencia anterior)*100 (1503) Meta >=10%	ZONA DE RIESGO ALTA	100%	Incremento de recaudo de cartera: 92040146157/79564532409= 115.68 Se genera cumplimiento al indicador por superar el recaudo del tercer trimestre de 2019 con respecto al tercer trimestre de 2018 Veces que rota la cartera: Junio: 78500581390 / 161081824912.5 = 48.73 Septiembre, 120277296295 / 167888890531 = 71.64 Se da cumplimiento al indicador en donde se evidencia veces que rota la cartera superior al trimestre anterior Se evidencia que los controles son efectivos para mitigar el riesgo
	Omisión en el registro en los estados de cartera	CAR-PR-02 REGISTRO DE FACTURACION CAR-PR-05 REGISTRO DE CARTERA DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES CAR-PR-08 REGISTRO DE INGRESOS	ACTA DE CONCILIACION CON CONTABILIDAD / CIRCULARIZACION O COBRO PERSUASIVO	Saldo en estado de cartera / saldo cartera contabilidad meta =1	ZONA DE RIESGO ALTA	100%	Se adjunta estado de cartera y Auxiliar de contabilidad Saldo en estado de cartera 173,598,006,139 = 1 Saldo cartera contabilidad 173,598,006,139 Prestación servicios de salud \$122.200.399.162 Difícil Recaudo \$51.308.773.531 Arrendamientos operativos \$17.682.406 Otras cuentas por cobrar \$71.151.037 Total Saldo Cartera \$ 173.598.006.139 Se evidencia que los controles son efectivos para mitigar el riesgo
	Pérdida de cartera	PENDIENTE DOCUMENTAR SEGÚN COMPROMISOS ACTA 21 AGOSTO DE 2019	Informe trimestral a cartera sobre revisión de entidades ,	Informe del área jurídica de cartera respecto del análisis de las resoluciones de intervención, verificación trimestral.	ZONA DE RIESGO EXTREMA	70%	El procedimiento prevención del riesgo por liquidación o intervención de entidades, compromiso pactado el 21 de agosto de 2019, el cual se tiene fecha de ejecución noviembre de 2019 se encuentra en construcción, sin embargo se evidencia informes del primer y segundo trimestre del jurídico encargado, donde revisan las resoluciones de intervención de las diferentes entidades en la superintendencia Nacional de salud donde presentan consolidado de la más reciente a la más antigua de las vigencias 2018 - 2019. Se evidencia que los controles son medianamente efectivos para mitigar el riesgo

ALMACEN	Inadecuado manejo de los activos fijos	PROCEDIMIENTOS: A-PR-04 ASIGNACION DE RESPONSABILIDADES DE ACTIVOS FIJOS A-PR-05 CONTROL Y REGISTRO DE LOS INVENTARIOS DE ACTIVOS FIJOS	INFORME MENSUAL DE REGISTRO DE ACTIVOS FIJOS A CONTABILIDAD / COMPROMISOS DE EGRESO E INGRESO	Numero de servicios con inventario de activos fijos soportado en acta / Total de los servicios a inventario x 100	ZONA DE RIESGO ALTA	100%	Se evidencia informe de activos fijos a contabilidad, los activos ingresados en el mes de diciembre serán cargados al archivo de Registro de Activos para el día 7 de enero de 2020. 96/96*100 Se evidencia que los controles son efectivos para mitigar el riesgo
SERVICIOS DE APOYO	No cumplimiento de las acciones establecidas para evaluar la gestión del tercerizado.	PROCEDIMIENTO SEGUIMIENTO O A SERVICIO DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA, ASEO Y DESINFECCION, ALIMENTACION Y LAVANDERIA INT-PR-02	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;	Eficacia de acciones correctivas : Numero de acciones correctivas eficaces / Total de acciones correctivas establecidas en el periodo x 100 (alimentación, lavandería, vigilancia, desinfección)	ZONA DE RIESGO ALTA	60%	El proceso de apoyo durante la vigencia tiene una eficacia de las acciones correctivas así: Marzo: 6 / 9 = 67% Abril: 7 / 13 = 54% Mayo: 5 / 9 = 56% Junio 6 / 8 = 75% Julio: No hay seguimiento Agosto: 5 / 10 = 50% Septiembre: 2 / 5 = 40% Octubre: 3 / 5 = 75% Noviembre: 6 / 8 = 60%. Promedio Total: 40 / 67 = 60% Se evidencia materialización del riesgo ya que el procedió de cumplimiento de las listas de chequeo aplicadas para el 2019 es del 60%.

CUMPLIMIENTO MAPA DE RIESGOS PORO PROCESO

PROCESO	% CUMPLIMIENTO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	71%
GESTION FINANCIERA	100%
GESTION DEL TALENTO HUMANO	75%
TICS	50%
GESTION DE MANTENIMIENTO	0%
BIOMEDICA	50%
GESTION ACADEMICA	100%
CARTERA	100%
ALMACEN	100%
SERVICIOS DE APOYO	60%

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO



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 70% frente a las acciones establecidas para la disminución de aparición de riesgo por proceso.

Se evidencia la materialización de 3 riesgos de proceso correspondientes a servicios de apoyo, Biomédica y direccionamiento estratégico.

SEGUIMIENTO RIESGOS ASISTENCIALES

De acuerdo a la metodología establecida por la institución se realiza seguimiento y evaluación por parte de la oficina de control interno a los riesgos por proceso que se sitúan en Zona de Riesgo Extremo 18 y 22 en Zona de Riesgo Alta, obteniendo los siguientes resultados:

PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2018	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2019	% 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	Monitorización en el área de recuperación por servicio de Anestesiología, Enfermería 2 horas posterior al procedimiento quirúrgico	ALTA	90%	Aldrete de Anestesiología y control de signos vitales en Salas de Cirugía	*Se debe fortalecer el diseño del control, de acuerdo con el manual de riesgos el control debe 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 1119 "proporción de atenciones inseguras en pacientes amigos del corazón dentro de la meta". Se está realizando la verificación de la
			Toma de signos vitales previos al traslado del servicio de Recuperación y en el momento del ingreso al servicio de Internación		90%	Registro en Monitoreo y Control de Signos vitales historia sistematizada	

		Historia clínica sistematizada que articula antecedentes y valoraciones de especialidades previas.		95%	Registro de antecedentes en historia clínica sistematizada, diligenciamiento de ficha de inclusión de paciente con riesgo cardiovascular	ficha de inclusión y el plan de inclusión. *Se debe Aplicar la escala de framinghan por parte de líder y equipo del programa amigos del corazón a los pacientes incluidos en el programa, no se encuentra en algunas historias clínicas revisadas. *Evitar iniciar LA REDACCION DEL RIESGO con palabras negativas como: "No...", "Que no...", o con palabras que denoten un factor de riesgo (causa).
		Protocolo de riesgo cardiovascular UI-PT-01		90%	Base de datos de pacientes programa amigos del corazón	
Inadecuada monitorización del paciente con riesgo alto cardiovascular	ALTA	Aplicar el protocolo de riesgo cardiovascular UI-PT-01 Ubicar a pacientes con alto riesgo cerca al puesto de enfermería.	ALTA	80%	Asignación de pacientes e identificación en el tablero clínico con corazón de paciente cardiovascular	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, lo que permite realizar un seguimiento y valoración objetiva a cada actividad. *La actividad no se logra ejecutar al 100% por la continua contingencia por la que atraviesa el hospital.
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, 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, 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 incluidos en programa amigos del corazón" dentro de la meta. Se tienen parametrizada las notas de egreso sin embargo no quedan registradas en la historia clínica, ya que las recomendaciones de egreso las genera el servicio que da salida y no el médico del programa amigos de corazón. *Evitar iniciar LA REDACCION DEL RIESGO con palabras negativas como: "No...", "Que no...", o con palabras que denoten un factor de riesgo (causa).
		Entrega de cartilla "Liga colombiana contra el infarto y la hipertensión"		100%	Registro de entrega UI-F-11 Talleres Plan de Intervenciones colectivas	Se entrega cartilla "Liga colombiana contra el infarto y la hipertensión" y recomendaciones a cada paciente y familiar.

		Capacitación al paciente y cuidador para el empoderamiento acerca del manejo de su patología, Brindar información sobre promoción y prevención de la enfermedad.		100%	Registro de entrega UI-F-11 Talleres Plan de Intervenciones colectivas	Indicador 1190 "Resultados de la información en temas relacionados con manejo del paciente con riesgo cardiovascular en paciente familiar o cuidador, hospitalización" dentro de la meta.
		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 aplican a todas las EPS.

PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2018	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2019	% 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	100%	Acta de reunión de 29-11-2019 enfermedades oportunistas acta de reunión de 21-05-2019 con integrantes del programa,	*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. *No hay claridad si la actividad de control mitiga el riesgo en relación con la causa IDENTIFICADA. *Evitar iniciar LA REDACCION DEL RIESGO con palabras negativas como: "No...", "Que no...", o con palabras que denoten un factor de riesgo (causa).
			Inducción al personal de salud nuevo integrante del programa.		100%	Acta de reunión de 29-11-2019 enfermedades oportunistas Acta de reunión de 21-05-2019 con integrantes del programa,	*Se soporta una capacitación relacionada con infecciones oportunistas y una sobre asesoría toma pre y post test VIH. *Indicador 1177 Dentro de meta 1 paciente con comorbilidad.
			Valoración clínica del paciente por cada integrante del grupo interdisciplinario		80%	Servinte Clínica Suite	El análisis de la comorbilidad del paciente es individual, realizado por médico tratante como parte del manejo clínico del paciente y queda registrado en historia clínica". Se deben plantear acciones o medidas de control que generen impacto. En general se debe revisar en conjunto con el programa de seguridad del paciente, el riesgo y las actividades planteadas teniendo en cuenta la causa identificada.

PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2018	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2019	% 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	Elaborar y socializar el listado de medicamentos de alto riesgo y medicamentos LASA	ALTA	100%	Listado de medicamentos LASA y socialización	<p>*Se debe fortalecer el diseño del control, de acuerdo con la guía debe indicar periodicidad, responsable, como se realiza la actividad y cuál es la evidencia de ejecución.</p> <p>*Las actividades se están realizando de acuerdo a lo planteado</p>
			Actualizar y socializar el procedimiento SF-PR-54 MARCAJE DE MEDICAMENTOS LASA Y ALTO RIESGO		100%	Procedimiento actualizado SF-PR-54 y socializado Listado maestro de documentos	
			Generar proyecciones de consumo de estas etiquetas para evitar desabastecimiento.		80%	Proyección de consumo, mensual y anual	
			Abastecer etiquetas con mejores materiales para garantizar adecuada adhesión.		100%	Solicitud de características de calidad a proveedor.	
			Efectuar ronda de farmacovigilancia por los servicios.		100%	CODIGO: SF-F-77 EVALUACIÓN DEL ADECUADO MANEJO Y CUSTODIA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS	
			Efectuar control de calidad al etiquetaje de los medicamentos		50%	Formato SF-F-84 Seguimiento al marcate Etiquetas LASA y alto riesgo.	
Evaluación de conocimientos adquiridos sobre administración de medicamentos alto riesgo y LASA y entrega de resultados a Líder proceso enfermería y/o Laboramos	80%	Formato CÓDIGO: SF-F-77 LISTA DE CHEQUEO EVALUACIÓN DE ADHERENCIA AL MANUAL DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS:	<p>El Formato SF-F-84 Seguimiento al marcate Etiquetas LASA y alto riesgo no evidencia el seguimiento realizado a la calidad del marcate se debe fortalecer la actividad realizando la revisión para retroalimentar las fallas en la calidad.</p> <p>La evaluación de conocimientos sobre medicamentos LASA se realiza únicamente a través de la lista de la evaluación de adherencia al manual de medicamentos con retroalimentación individual, se recomienda fortalecer la actividad, incluir la capacitación continua y evaluar dichos conocimientos.</p>				

Dispensación inadecuada de medicamentos (incompleta, incorrecta, inoportuna)	ALTA	Entrenamiento y supervisión del personal, capacitación constante, reentrenamiento, inducción y re inducción en EL SF-PR-07 DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICO QUIRÚRGICOS.	ALTA	50%	Acta de socialización del 20-06-2019 procedimiento dispensación de medicamentos y dispositivos. Sin cobertura del total del personal de farmacia.	<p>*Se encuentra riesgo materializado en 2 incidentes categoría 3, a los cuales se les realizo unidad de análisis.</p> <p>*Pendiente la creación del indicador "porcentaje de errores en dispensación, el soporte de capacitación en dispensación no muestra cobertura al total de personal del servicio.</p> <p>*La actividad el diseño de control, debe indicar periodicidad, responsable, cual es la evidencia de ejecución.</p>
		Revisión aleatoria periódica del procedimiento de dispensación en un servicio a través de la Lista de chequeo SF-F-91 EVALUACION DE LA ADECUADA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS (actividad inicio en el mes de marzo 2019)		60%	Lista de chequeo evaluación de adherencia SF-F-91 agosto, septiembre, octubre, noviembre	

PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2018	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2019	% 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	Implementación de Procedimiento IB-PR-03 Inclusión en plan de compras los equipos con prioridad alta y media de reposición	EXTREMA	80%	Procedimiento IB-PR-03	El diseño del control no evidencia, periodicidad, responsable, evidencia de ejecución, lo cual no permite realizar valoración objetiva del cumplimiento de la actividad. El indicador 548 "Disminución de mantenimientos correctivos implementando las listas de chequeo diarias, muestra aumento de los mantenimientos correctivos con respecto a los predictivos para el 2019 se debe revisar el indicador.
			Verificación e condiciones de seguridad, mediante aplicación periódica de condiciones de seguridad de la tecnología biomédica IB-F-06		100%	FORMATO IB-F-05 Reporte diario de fallas en equipo biomédico.	Se realiza ronda diaria para verificar condiciones de seguridad y su correspondiente intervención.
			Inclusión en plan de compras los equipos con prioridad alta y media de reposición		100%	Se anexa plan de inclusión en plan bienal.	Se incluyo equipos con prioridad.

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	80%	Actas de capacitación conoce tu equipo biomédico en 15 min", Actas de capacitación programa de tecnovigilancia.
		Implementación gradual librería de medicamentos en las bombas de infusión		0%	No hay evidencia de ejecución
		Re inducción en el uso de equipos, priorizando los equipos de mayor reporte de fallas.		80%	Acta de asistencia a jornada de re inducción
		Seguimiento a las estrategias de capacitación implementadas.		0%	No hay evidencia de ejecución
		Manual de capacitación Tecnología Biomédica IB-M-04 (mediante cronograma)		60%	Se anexa cronograma BIOMEDICA 2019 "conoce tu equipo médico en 15 minutos" y actas de capacitación
		Efectuar seguimiento a uso de librería de medicamentos a través de la Ronda de Seguridad del paciente		0%	No hay evidencia de ejecución

El indicador 1088 se encuentra con valoración del 100% sin embargo se debe revisar el dato ya que para el primer semestre el ingreso de personal nuevo de enfermería fue de 52 y no de 30, no fue capacitado todo el personal nuevo de enfermería en el primer semestre por biomédica. El cronograma de capacitación de biomédica no se encuentra en el formato aprobado por la institución lo que no permite al proceso hacer seguimiento de lo ejecutado vs. Programado. De acuerdo a los soportes anexos no se encuentra cumplimiento del 100% de lo programado.

PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2018	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2019	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO
USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS	Prescripción incorrecta de antibióticos restringidos en Dosis, frecuencia.	ALTA	Revisión de las solicitudes de antibióticos restringidos y evaluación de la adherencia al listado de antibióticos para el manejo de infecciones.	ALTA	100%	Código: SF-F-83 Formato de registro de revisión y evaluación de la prescripción de antibióticos- programa uso racional de antibióticos.	El programa realiza la revisión diaria de los antibióticos restringidos, se realizan las intervenciones requeridas. Indicador 641 cumplimiento a la prescripción de antibióticos restringidos dentro de la meta
	Manejo incorrecto del proceso infeccioso, según la epidemiología y la guía de profilaxis antibiótica y al manejo de infecciones IAAS, e infecciones en la comunidad la institución.	ALTA	Revisión de las solicitudes de antibióticos restringidos y evaluación de la adherencia al listado de antibióticos para el manejo de infecciones.	ALTA	100%	Código: SF-F-83 Formato de registro de revisión y evaluación de la prescripción de antibióticos- programa uso racional de antibióticos.	El programa realiza la revisión diaria de los antibióticos restringidos, se realizan las intervenciones requeridas.

Antibióticos administrados prolongadamente y se evidencia en el paciente falla renal y hepática.	EXTREMA	Evaluación de injuria renal y enfermedad hepática inducida por fármacos (DILI) causados por antibióticos. Marcadores a seleccionar para evaluar la injuria renal y DILI.	EXTREMA	100%	Presentación de falla hepática y renal. Acta de reunión de falla hepática y renal, donde se aprobó los marcadores a revisar y los antibióticos	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. Pendiente incluir en el programa lo relacionada con la vigilancia del uso de los antibióticos (farmacocinética)
		Antibióticos neurotóxicos y hepatotóxicos. Selección de antibióticos neurotóxicos y hepatotóxicos a analizar.		80%	Guía de Antibióticos neurotóxicos y hepatotóxicos. Selección de antibióticos neurotóxicos y hepatotóxicos a analizar.	El manual de uso racional de antibióticos se encuentra en actualización pendiente la inclusión o creación del programa
		Farmacocinética de vancomicina. Modificación de Manual de uso Racional de antibiótico.		50%	Boceto del procedimiento de Monitorización farmacocinética de vancomicina. Y manual del uso Racional de Antibióticos	Pendiente ajustar guía a la norma técnica fundamental y socializar en calidad INFO.
		Creación de indicador de efectividad		50%	Ficha de indicadores en creación	Indicador en proceso de creación.
Se prescriben y administran antibióticos no acordes con el microorganismo aislado (resistencia) causante de la infección según el resultado del antibiograma.	EXTREMA	Revisión de las solicitudes de antibióticos restringidos y evaluación de la adherencia al listado de antibióticos para el manejo de infecciones., Horas médico para el programa.	EXTREMA	33%	Ficha de indicadores en creación	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. Se pasa propuesta antes de programa de química farmacéutica

PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2018	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2019	% 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 * Curso virtual de soporte metabólico y nutricional	ALTA	100%	Etiqueta de nutrición enteral y parenteral Cód.SMN-F-11 Curso Virtual ya en la plataforma	*Las actividades de control se han ejecutado de acuerdo a lo planteado como control para mitigar los riesgos *Se encuentra riesgo materializado en 3 incidentes y 1 evento adverso

			Ajustar el protocolo de inmovilización terapéutica en la cual incluya los criterios de inmovilización en pacientes con nutrición enteral o parenteral	100%	Protocolo Ajustado y en aprobado en calidad Info ENF-PT-23	.Indicador 1151 "Porcentaje De *Adherencia A Los Protocolos Del Grupo Soporte Metabólico Y Nutricional" dentro de la meta 100% para el 2018		
			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	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)			
			Realizar taller de técnica de inmovilización terapéutica	100%	Acta de asistencia a taller de acuerdo al cronograma			
			Capacitación en soporte nutricional en proceso de inducción y re inducción	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	100%		Uso de Etiqueta de nutrición enteral y parenteral Cód.SMN-F-11	Los controles se han realizado de la forma planteada 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.
				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	
				Incentivos de refuerzo positivo por adecuada adherencia a los protocolos del programa	100%		Asistencia a cursos de educación continuada personal de nutrición Se realizará reconocimiento con diploma a fin de año	
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 universitario San Rafael de 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	
			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 (mas 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	EXTREMA	Diseñar folletos o métodos audiovisuales para la información y educación del paciente y la familia.		100%	Folleto educación del paciente y familia	Se encuentra riesgo materializado en 4 incidentes categoría 3 y un evento adverso, a los cuales se les ha realizado unidad de análisis según la metodología de seguridad del paciente. El indicador 1128 Indicador de Resultados de la información en temas relacionados con manejo del paciente con dieta en paciente, familiar y/o cuidador dentro de la meta 98.48%. Se han ejecutado los controles de acuerdo a lo planteado generando impacto en la minimización de incidentes y eventos adversos.
			Alertas en historia clínica relacionadas con alimentos o componentes de riesgo según diagnostico del paciente.		100%	Se encuentra parametrizada dentro de los antecedentes alérgicos en historia clínica sistematizada Servinte Clinical Suite.	
			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 practica 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		90%	Protocolo en red Disfagia RE-PT-03
			Análisis y plan de mejora de incidentes y eventos adversos relacionados		100%	Formato de unidad de Unidad de análisis y plan de trabajo.
			En reincidencia (mas de dos) de fallas del individuo instauración de comparendos pedagógicos		100%	Comparendos instaurados formato CA-F-107 Comparendo pedagógico seguridad del paciente.
			Control limitado por parte de servicio de vigilancia en cuanto al ingreso de alimentos desde la cafetería interna		0%	Actividad de control No fue posible realizar dado que la cafetería no es controlada por el hospital

PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2018	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2019	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO	
TROMBOLISIS	No identificación correcta de pacientes con ACV isquémico candidatos a Trombolisis	EXTREMA	Capacitación semestral al recurso humano asistencial (Médicos, Jefes de Enfermería, Auxiliares de enfermería, camilleros, técnicos de radiología .	EXTREMA	80%	Acta de reunión de capacitación a personal	*Las actividades de control se han realizado de acuerdo con lo establecido en el plan sin embargo. *Se debe fortalecer el diseño del control, de acuerdo con la guía el control debe incluir periodicidad, responsable, claridad en el cómo realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución. *Indicador 1212 Proporción de pacientes sometidos a terapia con RTPA de manera oportuna con resultado 100%. * No se evidencia capacitación a camilleros y técnicos de radiología. *Evitar iniciar LA REDACCION DEL RIESGO con palabras negativas como: "No...", "Que no...", o con palabras que denoten un factor De riesgo (causa).	
			Seguimiento a través del indicador: PROPORCION DE PACIENTES SOMETIDOS A TERAPIA CON RTPA DE MANERA OPORTUNA			100%	Indicador 1212 cumplimiento meta 100%	El indicador 1212 Proporción de pacientes sometidos a terapia con RTPA de manera oportuna con resultado 100%
			Evaluación de adherencia a la GPC ECV			60%	Informe de medición de adherencia a GPC ECV. 2018 72%, 2019	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 el 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	80%	Acta de reunión de capacitación a personal	se ha realizado capacitación de acuerdo al planeador	

					Informe de medición de adherencia a GPC ECV. 2018 72%, 2019 se ha evaluado el primer trimestre sin socialización	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	80%	Acta de reunión de capacitación a personal médico y enfermería	No se evidencia capacitación semestral a camilleros y técnicos de radiología.
No disponibilidad del medicamento (RTPA) para trombolizar	EXTREMA	Tener reserva o stock del medicamento con base en el histórico	EXTREMA	100%	Stock en farmacia	*Indicador 1212 "Proporción de pacientes sometidos a terapia con RTPA de manera oportuna con resultado 100%". *Evitar iniciar LA REDACCION DEL RIESGO con palabras negativas como: "No...", "Que no...", o con palabras que denoten un factor de riesgo (causa).
		Disponer de un proveedor alternativo para el envío inmediato del medicamento.		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: PROPORCION DE PACIENTES SOMETIDOS A TERAPIA CON RTPA DE MANERA OPORTUNA		100%	Indicador 1212 cumplimiento meta 100%	
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.	ALTA	80%	Acta de reunión de capacitación a personal médico y enfermería	Las actas de capacitación anexas no incluyen a personal de radiología, ni camilleros.
		Evaluación de adherencia a la GPC ECV		60%	Informe de medición de adherencia a GPC ECV. 2018 72%, 2019 se ha evaluado el primer trimestre sin socialización	Para el año 2019 se ha realizado evaluación de adherencia del primer trimestre no socializado.

PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2018	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2019	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO
MADRE CANGURO	Falta de captación e ingreso de pacientes con indicación al entrenamiento y seguimiento del Programa	ALTA	*Aplicar lista de chequeo para el egreso del paciente	ALTA	100%	Lista de chequeo, egreso del paciente	*Las actividades de control se han realizado de acuerdo con lo establecido sin embargo. Se debe fortalecer el diseño de los controles, de acuerdo con la guía, el control debe incluir periodicidad, responsable, como se va a realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución. *1259 Proporción de deserción inicial al PMC ambulatorio, hospitalización, Indicador fuera de meta 71,74%
			Aplicar lineamientos descritos en el documento programa madre canguro: Criterios de egreso.		90%	Indicadores Software Daruma	El Indicador 263 "Criterios de salida en un PMC hospitalario no respetados, hospitalización" dentro de la meta se ha presentado 5 eventos los cuales han llevado a unidad de análisis. Los casos de reingresos se analizan y reportan en Daruma.
			*Unidad abierta 24 horas - Cumplimiento de lineamientos de estancia en alojamiento conjunto		90%	Indicadores Software Daruma	* Indicador (1264) Accesibilidad de los padres a la Unidad de Cuidado Neonatal, no se cumple la meta de 24 horas esta en 15 horas., se continua trabajando para lograr dar cumplimiento.

PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2018	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2019	% 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	100%	Bitácora de control de calidad interno LB-F-09 y externo LB-F-03	Se debe fortalecer el diseño del control, de acuerdo con el manual de riesgos el control debe 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.

Resultado erróneo de exámenes de laboratorio (Falsos positivos, falsos negativos)	EXTREMA	Realizar asesorías continuas respecto a los resultados de controles de calidad internos y externos	EXTREMA	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 71,22 con corte a junio de 2019.
		Evaluación de adherencia a procedimientos, protocolos, manuales y POES del laboratorio clínico p		80%	Informe semestral de adherencia a procedimientos, protocolos, manuales y POES del laboratorio clínico	
		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 a persona	
		Instauración de comparendos pedagógicos al recurso humano identificado con reincidencia de acciones inseguras		100%	Formato CA-F-107 comparendo pedagógico de seguridad del paciente	
						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.

PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2018	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2019	% DE AVANCE	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	Aplicar escala de riesgo de acuerdo al protocolo	EXTREMA	100%	Informe de medición de adherencia a buena práctica Seguridad del paciente prevención de úlceras por presión.	Las actividades de control se han realizado de acuerdo con lo establecido, sin embargo. 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. *Evitar iniciar LA REDACCION DEL RIESGO con palabras negativas como: "No...", "Que no...", o con palabras que denoten un factor de riesgo (causa). *El indicador 941 "Porcentaje de adherencia al protocolo de clasificación de riesgo se encuentra dentro de la meta 80,17%.
			Ajustar el protocolo de identificación del riesgo y prevención de lesiones por presión en lo relacionado con la escala de riesgo asignando riesgo alto a partir de 14 puntos o bajo a partir de 15 puntos.		100%	protocolo CH-PT-01 IDENTIFICACION DEL RIESGO Y PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION v4	
			La realización de revaloración del paciente con la escala de riesgo a paciente con bajo o sin riesgo con una periodicidad una vez por semana		100%	Historia clínica sistematizada	

						*La medición de la adherencia debe generar acciones de mejoramiento a las que se les pueda realizar seguimiento y generen impacto, estas deben involucrar al proceso o servicio responsables con ítems de bajo adherencia.
No se instaura plan de cuidados individualizado al paciente con riesgo alto de lesión en piel	ALTA	Aplicar el protocolo de identificación del riesgo y prevención de lesiones por presión	ALTA	100%	Informe de adherencia a buena práctica Seguridad del paciente prevención de úlceras por presión.	*se debe fortalecer el diseño de las actividades de control, de acuerdo con el manual de riesgos el control debe incluir periodicidad, responsable, como realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución.
		Jornadas de inducción y reinducción		100%	Actas de reunión bimensual	*Evitar iniciar LA REDACCION DEL RIESGO con palabras negativas como: "No...", "Que no...", o con palabras que denoten un factor de riesgo (causa).
		Curso Virtual Prevención de Lesiones por Presión		100%	Curso Virtual	Las actividades se ha ejecutado de acuerdo a lo planteado, solamente falta la adquisición de aditamentos.
		Gestionar la adquisición de aditamentos adecuados para el posicionamiento y completar la dotación de colchones antiescaras y camillas antiescaras		70%	Solicitud Aditamentos Cambios de posición (Correo electrónico)	El proveedor no ha realizado al momento las muestras de posicionadores, actividad en seguimiento.
		Establecer en conjunto (Servicio farmacéutico y programa piel sana) para contar con la Dotación continua de insumos de alta tecnología para la prevención		100%	Acuerdo de necesidades promedio de consumo/mes para el programa	* Se encuentra riesgo materializado, de acuerdo con el indicador 432 de enero a noviembre se encuentran 69 pacientes con UPP, a los que se les ha realizado unidad de análisis sin embargo se debe fortalecer los controles con el fin de minimizar la incidencia de eventos adversos.
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 el protocolo higiene de paciente	ALTA	100%	Acta de socialización	Los servicios con baja adherencia al protocolo de higiene deben generar plan de trabajo que genere impacto y minimice el riesgo.
		Evaluar la adherencia al protocolo de higiene de paciente.		100%	Informe de adherencia al protocolo de higiene a través de lista de chequeo realizada semestralmente	
Posicionamiento inadecuado del paciente (Paciente mal posicionado, sin los aditamentos)	EXTREMA	Aplicar el Porcentaje de adherencia al Protocolo de identificación del riesgo y prevención de lesiones por presión	EXTREMA	100%	Informe de medición de adherencia a buena práctica Seguridad del paciente prevención de úlceras por presión.	Las actividades se han desarrollado de acuerdo a lo planteado, sin embargo se encuentra debilidad en el registro y realización de cambios posturales así como la implementación de la

necesarios o con cambios de posición sin horario establecido)		Jornadas de inducción y reinducción		100%	Actas de reunión bimensual	estrategia ISSEP de comunicación.
		Curso Virtual Prevención de Lesiones por Presión		100%	Curso Virtual pagina WEB	
		Registro sistemático en la historia clínica los cambios posturales		67%	Informe de medición de adherencia a buena práctica Seguridad del paciente prevención de úlceras por presión.	
		Aplicación del procedimiento de Recibo y entrega de turno de enfermería a través de la estrategia ISSEP de comunicación		70%	ENF-F-125 LISTA DE CHEQUEO DE RECIBO Y ENTREGA DE TURNO	
		Rondas de piel sana		100%	Lista de chequeo semanal ronda de piel sana	
		Instaurar comparendos pedagógicos en reincidencia (mas de dos) de fallas del individuo.		100%	Listado de comparendos pedagógicos	
Variabilidad clínica del cuidado de la piel.	ALTA	Aplicar el Protocolo de identificación del riesgo y prevención de lesiones por presión	ALTA	100%	INFORME DE ADHERENCIA A BUENA PRACTICA	Se ha aplicado la lista de chequeo CH-F-03 adherencia protocolo clasificación de riesgo LPP y generado Informe. Evaluación de aplicación del CH-PT-01 protocolo identificación del riesgo y prevención de úlceras por presión: primer semestre 2019 dentro de la buena práctica de seguridad del paciente prevención de úlceras por presión con resultado de 80%. Los líderes de servicios se deben empoderar de los resultados y realizar acciones de mejora en los ítems de baja adherencia de acuerdo a los resultados.
		Aplicar el Protocolo de prevención y manejo de las lesiones relacionadas con la dependencia		100%	INFORME DE ADHERENCIA A BUENA PRACTICA	
		Jornadas de inducción y reinducción		100%	Actas de reunión bimensual	
		Medición de adherencia del Protocolo de identificación del riesgo y prevención de lesiones por presión		100%	INFORME ADHERENCIA BPS PREVENCIÓN DE LPP 1 SEM 2018.	
		Instaurar comparendos pedagógicos en reincidencia (mas de dos) de fallas del individuo.		100%	Listado de comparendos pedagógicos se han aplicado 4 por reincidencia Formato CA-F-107 Comparendo pedagógico de seguridad del paciente.	
Plan de cuidados preventivo inefectivo al egreso del paciente.	EXTREMA	Implementar estrategia de educación dirigidas al paciente.	EXTREMA	100%	Acta de PIC	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.
		Realizar despliegue del plan de cuidado de enfermería		0%	Actividad sin ejecución.	
		Entrega de cartilla educativa al paciente		100%	Cartilla (se encuentra entrega de cartilla en sesiones educativas)	
		Evaluar el entendimiento de la educación brindada al paciente y cuidador		100%	Formato a medir mis conocimientos	

		Capacitación de promotoras de salud de los municipios de Boyacá a cerca de prevención y seguimiento de pacientes con alto riesgo de presentar lesiones asociadas a la dependencia.		100%	Acta de capacitación
--	--	--	--	------	----------------------

PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2018	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2019	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO
IMAGENOLOGIA	Extravasación de vena al administrar medio de contraste y dobutamina	ALTA	Evaluación de adherencia a la aplicación de los protocolos de administración de medicamentos y administración de medios de contraste.	ALTA	10%	Notas de enfermería en historia clínica sistematizada	Se materializa riesgo en 1 evento adverso y un incidente categoría 3 a los cuales no se les ha realizado unidad de análisis según la metodología de seguridad del paciente. Se recomienda fortalecer las actividades de control con el fin de evitar la materialización, de acuerdo con el manual de riesgos el control debe incluir periodicidad, responsable, el cómo se va a realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución. Se anexa evidencia de de revisión aleatoria en 4 historias clínicas de adherencia a protocolo, sin embargo se debe buscar la herramienta apropiada para hacer seguimiento periódico., Se deben revisar la actividad y evaluar si es posible ejecutarla y que genere impacto en la mitigación del riesgo.
			Utilización de catéteres de difusión de presión para pacientes con difícil acceso venoso que requieran inyección de medios de contraste (protocolo administración medio de contraste)			10%	Notas en historia clínica sistematizada

		Cumplimiento estricto al cronograma de mantenimiento preventivo de inyectores de medios de contraste.		100%	Hojas de vida de equipos con mantenimiento realizado según cronograma, verificado en auditoria realizada por la oficina de control interno.	Se cumple con la ejecución de la actividad de control realizado por biomédica
Administración de medio de contraste o medicamento que genera reacción en el paciente	ALTA	Aplicación de PROTOCOLO ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ENF-PT-03	ALTA	50%	RX-PT-03 Protocolo para la administración segura de medios de contraste, protocolo para la administración de medicamentos.	Se recomienda fortalecer las actividades de control con el fin de evitar la materialización, de acuerdo con el manual de riesgos el control debe incluir periodicidad, responsable, el cómo se va a realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución. *Se materializa riesgo en 1 evento adverso y un incidente categoría 3 a los cuales no se les ha realizado unidad de análisis. Se recomienda establecer herramientas para el seguimiento a la aplicación del protocolo "Administración de medicamentos".
		Anamnesis acerca de alergias previa a la administración de medicamentos: RX-F-09 LISTA DE CHEQUEO PREPARACION PACIENTE RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR, Si el caso aplica, medicar el paciente previo a la administración de medicamentos y/o contraste, para disminuir riesgo de reacción. (Según RX-PT-01 MANEJO DE REACCIONES ADVERSAS A MEDIO DE CONTRASTE		0%	Sin soporte de ejecución o seguimiento	*Aclarar en matriz de riesgos esta actividad ya que para el proceso esta actividad no aplica para imagenología, sin embargo, en imagenología es claro la utilización de médicos de contraste que puedan causar alergias. *Se recomienda plantear actividades de control que generen impacto en la mitigación del riesgo.
		Mantener los dispositivos y demás insumos utilizados para atender una reacción medicamentosa (CARRO DE PARO)		100%	Formato SF-F-36 Inventario de carro de paro.	La actividad de control se ejecuta de acuerdo a lo planteado.
Errores en la identificación del paciente previo a la toma de estudio y/o procedimiento	ALTA	*Socializar y aplicar PR-26 Procedimiento identificación de pacientes	ALTA	80%	Acta de reunión del 11 de julio	*Se anexa acta de socialización del procedimiento Identificación de pacientes, sin embargo se debe hacer seguimiento a la aplicación y adherencia al del procedimiento. *Seguimiento a través del registro control de calidad RX-F-06 Estudios rechazados
		Aplicar Protocolos PT-CARD-01 AL 05 describe el llamado del paciente con nombres y apellidos completos. Verificación de manilla de identificación *Llamar al paciente por su nombre		NA		

Cargue erróneo de imágenes y/o estudios en el sistema (SERVINTE, AGILITY)	EXTREMA	*Aplicar Procedimiento TRA-PR-29 ESCANEADO DE DOCUMENTOS EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA	EXTREMA	50%	ESCANEADO DE DOCUMENTOS EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA	En la auditoría realizada al servicio se encontró aplicación del procedimiento TRA-PR-29 CON BAJA adherencia al escaneo de consentimiento informado. se deben buscar herramientas para hacer seguimiento a la adherencia a los procedimientos. Actividad de control no se cumple al 100% por no disponibilidad de equipos en el servicio para realizar dicha actividad.
		Efectuar control de calidad desde el sistema AGILITY para identificar errores		100%	RX-F-06 REGISTRO ESTUDIO RECHAZADOS POR MEDICO ESPECIALISTA	La actividad de control se ejecuta de acuerdo a lo planteado el seguimiento control de CALIDAD lo está realizando la oficina de sistemas, Se lleva registro diario y mensual en el sistema Agility de los controles de calidad que son enviados por el grupo de especialistas.
		Instaurar comparendos pedagógicos en los casos donde se identifique reincidencia de errores del individuo		NA	Según líder de enfermería No se encuentran casos de reincidencia	Según líder de enfermería No se encuentran casos de reincidencia por lo cual no hay comparendos pedagógicos.
		Jornadas de inducción y reinducción		50%	Formato de inducción de personal nuevo	El personal nuevo a través de talento humano realiza inducción en el puesto de trabajo, es necesario fortalecer la actividad de control ya que no se evidencia cronograma de capacitación del personal dentro del propósito de la reinducción de personal.
		Evaluar la adherencia TRA-PR-44 solicitud toma y entrega de imágenes de apoyo diagnóstico por imágenes diagnósticas		20%	Acta de socialización de avances de procedimiento TRA-PR-44 del 11-09-2019	El procedimiento TRA-PR-44 solicitud toma y entrega de imágenes de apoyo diagnóstico no se encuentra actualizado en calidad INFO, se definió con la oficina de calidad trabajar un MANUAL de apoyo diagnóstico el cual no ha sido revisado ni aprobado por la oficina de calidad, teniendo en cuenta la complejidad y extensión del mismo. En la actualidad se encuentra en proceso de actualización.
		Aplicar RX-PR-07 procedimiento interpretación y emisión de estudios en imagenología y apoyo diagnóstico		80%	RX-PR-07 procedimiento interpretación y emisión de estudios en imagenología y apoyo diagnóstica	Se deben buscar herramientas para hacer seguimiento a la adherencia a los procedimientos. RX-PR-07

Repetición de secuencias de imágenes por movimientos del paciente	EXTREMA	*Aplicar TRA- M-01 manual de preparaciones para estudio diagnóstico.	EXTREMA	70%	TRA-M-01 Manual de preparaciones para estudios diagnósticos	El Manual de preparaciones para estudio diagnóstico se actualizó y se encuentra socializado en calidad INFO , sin embargo no en la auditoría realizada se dejó hallazgo por incumplimiento a la entrega de folleto de preparación en físico , no se encuentra material impreso para distribución, según el tipo de estudio a realizar para cada paciente.	
		Socializar el protocolo RX-PT-08 REALIZACION DE RMN al personal asistencial		N/A	N/A	IMAGENOLOGIA.	
		socializar y aplicar el PT-02 Protocolo de Sedación con énfasis en lo relacionado con el numeral 9 PACIENTES CANDIDATOS A REALIZAR SEDACION		50%	Acta de socialización de septiembre de 2019	Se anexa acta de socialización de protocolo TRA- PT-02, el acta no es firmada por radiólogos ni personal de anestesia se debe buscar herramienta para realizar seguimiento a la aplicación de protocolo.	
Hematoma y/o sangrado u otras complicaciones relacionadas con procedimientos de radiología intervencionista	EXTREMA	Aplicar protocolo de procedimientos de radiología intervencionista Efectuar seguimiento a la ocurrencia de complicaciones relacionadas con procedimientos de radiología intervencionista	EXTREMA	30%		Riesgo materializado 1 EVENTO adverso CENTINELA y 3 eventos adversos reportados en la matriz CA-F-77 Base de datos ERCAS 2019, no se anexa soporte de unidad de análisis según los lineamientos institucionales establecidos en el manual CA-M-09. Existe en listado maestro de documentos aprobados lista de chequeo procedimientos de radiología intervencionista RX-F-18 pero no se está aplicando. Se deben formular actividades que se puedan ejecutar, soportar y ayuden a mitigar el riesgo	

PROGRAMA	RIESGO	ZONA DE RIESGO 2018	ACTIVIDAD DEL PLAN DE CONTROL	REVALORACION 2019	% DE AVANCE	SOPORTE	NIVEL 3. AUDITORIA CONTROL INTERNO
CARDIOLOGIA RESONANCIA MAGNETICA Y	Extravasación de vena al administrar medio de contraste y dobutamina	ALTA	Evaluación de adherencia a la aplicación de los protocolos de administración de medicamentos y administración de medios de contraste.	ALTA	30%	Acta de Socialización ENF-PT-13 INSERCIÓN Y MANEJO DE CATETER VENOSOPERIFERICO *PT-RX-05 ADMINISTRACION DE MEDIO DE CONTRASTE personal RNM y cardiología/ soporte de mantenimiento preventivo Inyector RNM	Se debe fortalecer el diseño del control, de acuerdo con la guía el control debe incluir periodicidad, responsable, como se va a realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución, lo cual no es claro en la definición del control. *Se realiza socialización de protocolo, sin embargo dentro de las actividades de control no se encuentra evidencia de la

		Cumplimiento estricto al cronograma de mantenimiento preventivo de inyectores de medios de contraste.		100%	CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO DE INYECTORES E INFORME	Evaluación de adherencia a la aplicación de los protocolos de administración de medicamentos y administración de medios de contraste.
Administración de medio de contraste o medicamento que genera reacción en el paciente	ALTA	Aplicación de PROTOCOLO ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ENF-PT-03	ALTA	80%	Se anexa Acta de Socialización ENF-PT-03 PROTOCOLO ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	Se debe fortalecer el diseño del control, de acuerdo con la guía el control debe incluir periodicidad, responsable, como se va a realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución.
		Anamnesis acerca de alergias previa a la administración de medicamentos: RX-F-09 LISTA DE CHEQUEO PREPARACION PACIENTE RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR, Si el caso aplica, medicar el paciente previo a la administración de medicamentos y/o contraste, para disminuir riesgo de reacción. (Según RX-PT-01 MANEJO DE REACCIONES ADVERSAS A MEDIO DE CONTRASTE		100%	RX-F-09 Lista de chequeo Preparación paciente Resonancia Magnética nuclear diligenciada por paciente y escaneada en historia clínica verificada en la auditoria realizada por la oficina de control interno.	
		Mantener los dispositivos y demás insumos utilizados para atender una reacción medicamentosa (CARRO DE PARO)		100%	SF-F-36 Formato de Inventario de carro de paro	
Errores en la identificación del paciente previo a la toma de estudio y/o procedimiento	ALTA	*Socializar y aplicar PR-26 Procedimiento identificación de pacientes	ALTA	80%	Acta de Socialización PR -26 PROCEDIMIENTO IDENTIFICACION DE PACIENTE CARDIOLOGIA Y RESONANCIA/ Acta de socialización CARD PT-01 AL CARD PT-05 PERSONAL CARDIOLOGIA	*Se debe fortalecer el diseño del control, de acuerdo con la guía el control debe incluir periodicidad, responsable, como se va a realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución.
		Aplicar Protocolos PT-CARD-01 AL 05 describe el llamado del paciente con nombres y apellidos completos. Verificación de manilla de identificación *Llamar al paciente por su nombre		80%	Acta de socialización CARD PT-01 AL CARD PT-05 PERSONAL CARDIOLOGIA	*Se recomienda revisar la actividad de control y e identificar herramientas para hacer seguimiento a la aplicación del procedimiento.
Cargue erróneo de imágenes y/o estudios en el sistema (SERVINTE, AGILITY)	EXTREMA	*Aplicar Procedimiento TRA-PR-29 ESCANEADO DE DOCUMENTOS EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA	EXTREMA	100%	Acta de socialización TRA-PR-29 ESCANEADO DE DOCUMENTOS EN HISTORIA CLINICA ELECTRONICA	*Se debe fortalecer el diseño del control, de acuerdo con la guía el control debe incluir periodicidad, responsable, como se va a realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución, para el caso de la evaluación de la adherencia del procedimiento TRA-PR-44 es claro que la socialización ayuda a minimizar la
		Efectuar control de calidad desde el sistema AGILITY para identificar errores		0%	No se soporta seguimiento a la ejecución.	

		Instaurar comparendos pedagógicos en los casos donde se identifique reincidencia de errores del individuo		N/A	No se ha presentado cargue erróneo	ocurrencia de eventos pero no es la herramienta adecuada para medir la adherencia a los procedimientos.
		Jornadas de inducción y re inducción		80%	CA-F-18 Acta de registro y soporte reunión	
		Evaluar la adherencia TRA-PR-44 solicitud toma y entrega de imágenes de apoyo diagnóstico por imágenes diagnósticas		50%	Acta de socialización TRA-PR-44 solicitud toma y entrega de imágenes de apoyo diagnóstico por imágenes diagnósticas	
		Aplicar RX-PR-07 procedimiento interpretación y emisión de estudios en imagenología y apoyo diagnóstico		100%	Acta de socialización RX-PR-07 procedimiento interpretación y emisión de estudios en imagenología y apoyo diagnóstico	
Repetición de secuencias de imágenes por movimientos del paciente	EXTREMA	*Aplicar M-01 manual de preparaciones para estudio diagnóstico.	EXTREMA	100%	Manual de preparaciones para estudio diagnóstico, se aplica lista de chequeo para el caso de resonancia magnética.	Se debe fortalecer el diseño del control, de acuerdo con la guía el control debe incluir periodicidad, responsable, como se va a realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución, establecer herramientas para verificar la adherencia a los protocolos de sedación.
		Socializar el protocolo RX-PT-08 REALIZACION DE RMN al personal asistencial		100%	RX-PT-08 REALIZACION DE RMN / Acta socialización	
		Socializar y aplicar el PT-02 Protocolo de Sedación con énfasis en lo relacionado con el numeral 9 PACIENTES CANDIDATOS A REALIZAR SEDACION		80%	Acta de socialización PT-02 PROTOCOLO DE SEDACION	

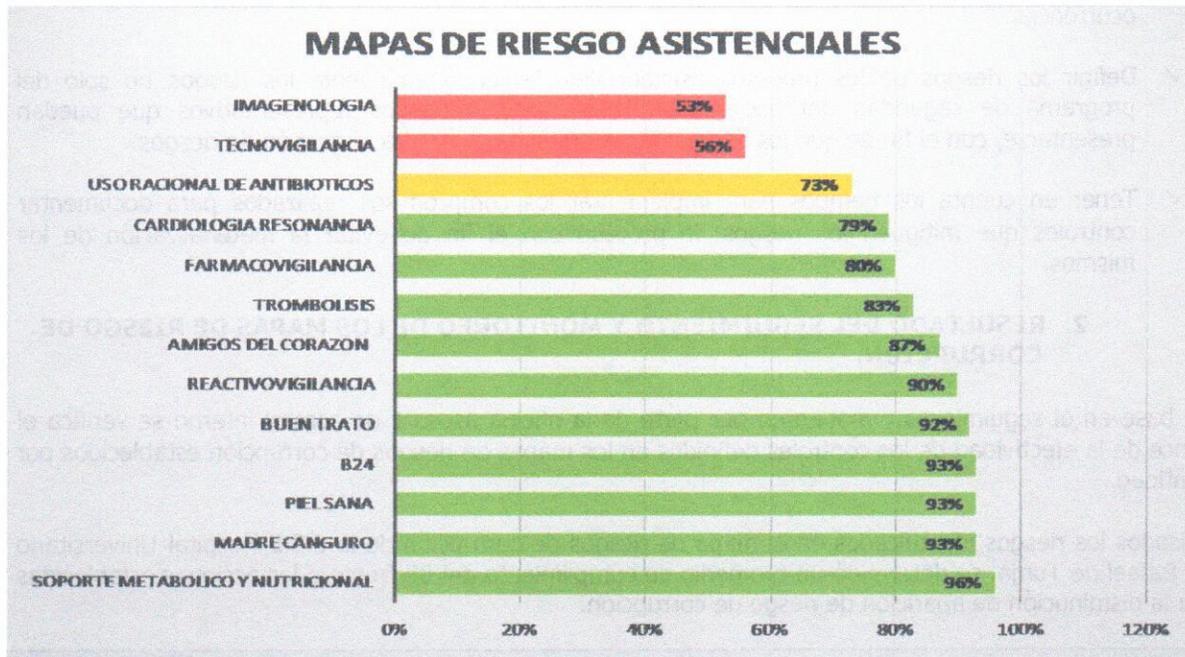
SEGUIMIENTO RIESGOS ASISTENCIAL

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

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

PROGRAMA Y/O PROCESO	% CUMPLIMIENTO
SOPORTE METABOLICO Y NUTRICIONAL	96%
MADRE CANGURO	93%
PIEL SANA	93%
B24	93%
BUEN TRATO	92%

REACTIVO VIGILANCIA	90%
AMIGOS DEL CORAZON	87%
TROMBOLISIS	83%
FARMACOVIGILANCIA	80%
CARDIOLOGIA RESONANCIA	79%
USO RACIONAL DE ANTIBIOTICOS	73%
TECNOVIGILANCIA	56%
IMAGENOLOGIA	53%



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

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 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.

1.3 RECOMENDACIONES MAPA DE RIESGOS POR PROCESO Y ASISTENCIALES

- ✓ Se debe fortalecer el diseño de los controles en cada uno de los programas, de acuerdo con el manual de gestión de riesgos OADS-M-02, el control debe incluir propósito, periodicidad, responsable, como se va a realizar la actividad y cuál es la evidencia de ejecución, lo que permite tener claridad en la descripción lo que facilita consulta y seguimiento apropiado así como una evaluación objetiva de la ejecución del plan de control.

- ✓ 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.
- ✓ Unificar criterios de evaluación de los controles para las 3 líneas de defensa para los mapas de riesgo por proceso administrativos con el fin de homogenizar la trazabilidad de los mismos.
- ✓ Crear metodología para el reporte de materialización de riesgos asistenciales y administrativos con el fin de llevar trazabilidad de los mismos y generar plan de acción para mitigar o evitar la ocurrencia.
- ✓ Definir los riesgos de los procesos asistenciales, teniendo en cuenta los riesgos no solo del programa de seguridad del paciente sino los demás riesgos representativos que puedan presentarse, con el fin de que los líderes de procesos coadyuven a la gestión de riesgos.
- ✓ 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.

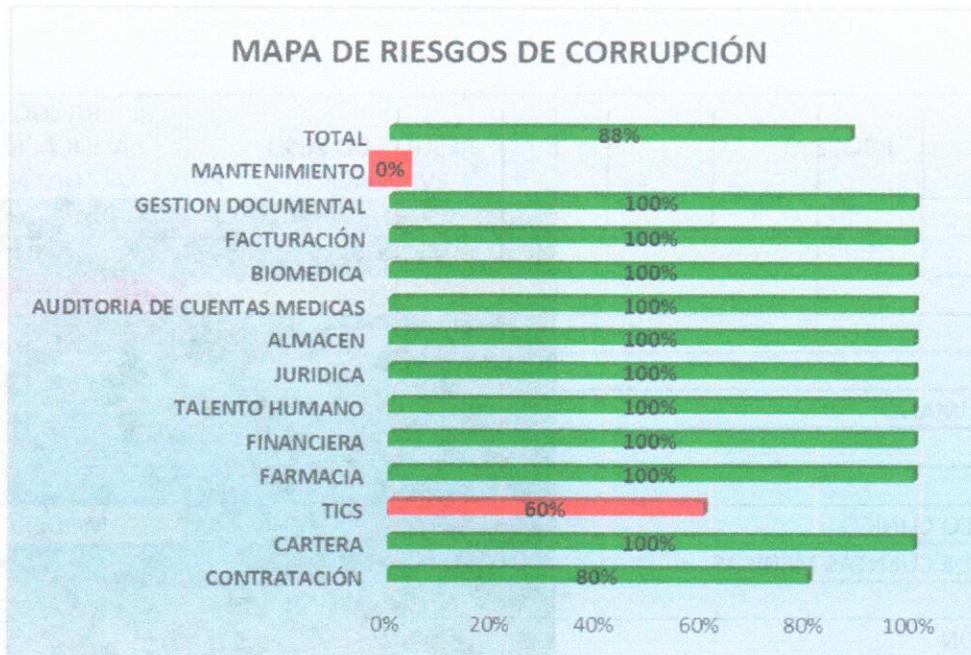
2. RESULTADO DEL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LOS MAPAS DE RIESGO DE CORRUPCION.

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

Revisados los riesgos identificados en el mapa de riesgos de corrupción de la E.S.E Hospital 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	80%
CARTERA	100%
TICS	60%
FARMACIA	100%
FINANCIERA	100%
TALENTO HUMANO	100%
JURIDICA	100%
ALMACEN	100%
AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	100%
BIOMEDICA	100%
FACTURACIÓN	100%
GESTION DOCUMENTAL	100%

MANTENIMIENTO	0%
TOTAL	88%



En el segundo semestre de 2019 la oficina de Planeación teniendo en cuenta las recomendaciones dadas por la oficina asesora de control interno realizo ajuste a los riesgos y controles alineándolos con la guía de administración de riesgo y el diseño de controles de entidades públicas donde suministra 6 pasos esenciales para crear controles fuertes que mitigan de manera adecuada los riesgos, se ajustan los controles de los riesgos de corrupción de los procesos en:

1. Tiene definido el responsable de llevar a cabo la actividad de control
2. Tiene definido una periodicidad para su ejecución
3. Tiene definido cuál es el propósito del control
4. Tiene definido como realiza la actividad de control
5. Tiene definido qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control
6. Tiene definido que evidencia deja en la ejecución del control.

El resultado de cada variable de diseño, a excepción de la evidencia, va a afectar la calificación del diseño del control, ya que deben cumplirse todas las variables para que un control se evalúe como bien diseñado.

RANGO DE CALIFICACIÓN DEL DISEÑO	RESULTADO - PESO EN LA EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL CONTROL
Fuerte	Calificación entre 96 y 100
Moderado	Calificación entre 86 y 95
Débil	Calificación entre 0 y 85

Si el resultado de las calificaciones del control, o el promedio en el diseño de los controles, está por debajo de 96%, se debe establecer un plan de acción que permita tener un control o controles bien diseñados.

PROCESO	RESULTADO PESO EVALUACION	RANGO DE CALIFICACIÓN DEL DISEÑO
CONTRATACIÓN	99%	FUERTE
CARTERA	98%	FUERTE
TICS	71%	DEBIL
FARMACIA	96%	FUERTE
FINANCIERA	96%	FUERTE
TALENTO HUMANO	96%	FUERTE
JURIDICA	96%	FUERTE
ALMACEN	96%	FUERTE
LABORATORIO CLINICO	93%	MODERADO
AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	96%	FUERTE
BIOMEDICA	96%	FUERTE
FACTURACIÓN	96%	FUERTE
GESTION DOCUMENTAL	98%	FUERTE
MANTENIMIENTO	96%	FUERTE
TOTAL	95%	MODERADO

De los 14 procesos que tienen riesgos de corrupción 12 tienen diseño de controles fuerte, 1 moderado y 1 débil, para un promedio de diseño de controles de moderado, se recomienda fortalecer los controles del proceso de Tics con el fin de contar con controles fuertes que mitiguen adecuadamente los riesgos de corrupción para que éstos no se materialicen.

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

PROCESO	RIESGO	CONTROL	EVIDENCIA	INDICADOR / PRODUCTO	%	OBSERVACIONES CONTROL INTERNO
CONTRATACIÓN	Vulneración a principios de la contratación pública a favor de un tercero	Manual de contratación C-M-00	Publicación de la actividad contractual en el SECOP y pagina web, evaluación del	Número de contratos con evaluación realizada / Total de evaluaciones del	80%	Por formula aleatoria se revisaron los contratos 411, 410, 426, 430,428, 434, 458, 469 y requerimiento 114 encontrando lo siguiente:

	en la selección del contratista		contratista, respuesta a observaciones, acta de cierre del proceso, propuesta oferente, estudios previos y demás soportes asociados a la etapa precontractual. Formato C-F-07	periodo X100		<p>1. los contratos 410 y 411 no tiene publicado la evaluación. 2. Todos los contratos se encuentran fuera de los 3 días de términos para publicación del proceso contractual.</p> <p>Se evidencia que los controles son medianamente efectivos para mitigar el riesgo</p>
	Favorecimiento a un tercero en la aceptación de bienes que no cumplan con las condiciones técnicas exigidas	Manual de supervisión e interventoría	INFORMES DE SUPERVISION, PUBLICACION DE INFORMES, DOCUMENTOS DE EJECUCION DEL CONTRATO	Informes de supervisión emitida por cada contrato y publicada oportunamente.	80%	<p>Por formula aleatoria se revisaron los contratos 411, 410, 426, 430,428, 434,458, 469 y requerimiento 114 encontrando lo siguiente:</p> <p>1. Todos los contratos tienen publicado los informes de supervisión. 2. No cumplen con los 3 días de publicación en el secop.</p> <p>Se evidencia que los controles son medianamente efectivos para mitigar el riesgo</p>
	Favorecimiento a un tercero en la aceptación de servicios que no cumplan con las actividades del objeto contractual	Manual de supervisión e interventoría	INFORMES MENSUAL DE EJECUCION , PUBLICACION DE INFORMES, DOCUMENTOS DE EJECUCION DEL CONTRATO	Informes de supervisión emitida por cada contrato y publicada oportunamente.	80%	<p>Por formula aleatoria se revisaron los contratos 411, 410, 426, 430, 428, 434, 458 ,469 y requerimiento 114 encontrando lo siguiente:</p> <p>1. Todos los contratos tienen publicado los informes de supervisión. 2. No cumplen con los 3 días de publicación en el secop.</p> <p>Se evidencia que los controles son medianamente efectivos para mitigar el riesgo</p>

CARTERA	Los funcionarios de cartera puedan ser objeto de concusión en ejercicio de sus funciones, por parte de los responsables de pago	CAR-PR-12 PROCESO DE COBRO CAR-PR-03 RECAUDO PAGARES	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	Valor total mensual de cartera / Valor mensual registrado en contabilidad x 100	100%	<p>Se adjunta estado de cartera y Auxiliar de contabilidad</p> <p>Saldo en estado de cartera = 1 173,598,006,139 = 1 Saldo cartera contabilidad 173,598,006,139</p> <p>Prestación servicios de salud \$122.200.399.162 Difícil Recaudo \$51.308.773.531 Arrendamientos operativos \$17.682.406 Otras cuentas por cobrar \$71.151.037</p> <p>Total Saldo Cartera \$ 173.598.006.139</p> <p>Se evidencia que los controles son efectivos para mitigar el riesgo</p>
TECNOLOGIA DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES	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.	PENDIENE DOCUMENTAR SEGÚN COMPROMISOS ACTA 21 AGOSTO DE 2019			60%	<p>Se evidencia documento en borrador del instructivo de generación de reporte de 3193 en SERVINTE, queda pendiente aprobación publicación y socialización del documento.</p>
FARMACIA	Favorecer a terceros mediante la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos	PROCEDIMIENTO SELECCION Y ADQUISICION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS SF-PR-23	ESTUDIO PREVIO, CONCEPTOS TECNICOS, CONTRATO, ANEXO TECNICO DISPOSITIVOS MEDICOS, PROPUESTAS PROVEEDORES,	Anexo técnico de evaluación de requisitos del periodo evaluado.	100%	<p>Con corte a 30 de diciembre de 2019 se tienen 25 contratos de medicamentos, y 52 contratos de 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 anexo de evaluación de proveedores.</p> <p>Se evidencia que los controles son efectivos para mitigar el riesgo</p>

FINANCIERA	Exclusión del giro a proveedores y contratistas para presionar y obtener algún beneficio personal.	Procedimiento AF-PR-36 LIQUIDACION Y GIRO DE CUENTAS	Informe seguimiento plan financiero de cuentas por pagar.	Informe seguimiento plan financiero de cuentas por pagar.	100%	Se evidencia acta de seguimiento al plan financiero donde se observa que no se han reportado diferencias entre el valor pagado y el valor a pagar por parte de tesorería o de algún proveedor, se aplican diferentes puntos de control en las cuáles se constatan los valores a pagar con los valores digitados en la plataformas bancarias por más de un funcionario para evitar estas inconsistencias. Se evidencia que los controles son efectivos para mitigar el riesgo
TALENTO HUMANO	Favorecer a un aspirante en el acceso a un cargo sin el lleno de requisitos legales	PROCEDIMIENTO SELECCIÓN, INGRESO Y PROMOCION DE PERSONAL TH-PR-08 PROCEDIMIENTO VERIFICACION, MANEJO Y CONTROL Y CUSTODIA DE HISTORIAS LABORALES TH-PR-05 TF-F-45 VERIFICACION REQUISITOS DE HOJA DE VIDAMANUAL DE FUNCIONES ACUERDO 012 DE 2018 ESTUDIOS PREVIOS	ESTUDIOS PREVIOS, TF-F-45 VERIFICACION REQUISITOS DE HOJA DE VIDA,	No de colaboradores que cumplen los requisitos (FORMACION, EXPERIENCIA) según el control establecido / Total de colaboradores que ingresaron en el periodo x 100 (TRIMESTRAL)	100%	Se evidencia que el proceso de talento humano aplica el formato TH-F-45 verificación de requisitos de hoja de vida; en la vigencia han aplicado 375 listas de chequeo, 4 de planta, 186 de contrato y 185 personal en misión. Se evidencia que los controles son efectivos para mitigar el riesgo
JURIDICA	Favorecimiento a la parte demandante al ejercer una defensa judicial	PROCESOS ADMINISTRATIVOS OAJ-PR-05 PROCESOS LABORALES OAJ-PR-06 ACCIONES DE REPETICION OAJ-PR-01 CONCILIACION	BASE DE DATOS, INFORME DE COMITÉ DE CONCILIACION: FALLOS, PERITAZGOS, AUDIENCIAS INICIALES, AUDIENCIAS POSFALLO, PROGRAMADOR PROCESOS, ENTRE, FORMATO DE SEGUIMIENTO TECNICO DE	1. Numero de requerimientos judiciales con respuesta dentro de términos legales/ número total de requerimientos judiciales x 100	100%	Se evidencia el diligenciamiento de la base de datos del general de procesos, y los informes mensuales PQRSD Septiembre: 68/68 = 100% Octubre: 47 / 47 = 100% Noviembre: 48 / 48 = 100% Se evidencia que los controles son efectivos para mitigar el riesgo

		PREJUDICIAL OAJ-PR-04	PROCESOS OAJ-F- 04 OTROS			
		TRAZABILIDA D GENERAL DE PROCESOS				
LABORATORIO CLINICO	Favorecimiento de proveedores mediante conceptos técnicos	MANUAL DE CONTRATACION C-M-00 ANEXO TECNICO EVALUACION DE PROVEEDORES	ESTUDIO DE CONVENIENCIA Y OPORTUNIDAD, CONCEPTO TECNICO, ANEXO TECNICO EVALUACION DE PROVEEDORES	Numero de conceptos técnicos con anexo de evaluación que verifiquen la selección a proveedores / Total de conceptos técnicos generados del periodo x 100.	NA	En el último trimestre no se han realizado evaluaciones técnicas a proveedores en el proceso de laboratorio clínico
ALMACEN	Favorecimiento por la aceptación de mercancías que no cumplan lo establecido contractualmente.	Procedimiento A-PR-01 INGRESO DE MERCANCIAS	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.	Número de ingresos recibidos a satisfacción con soportes / Total de ingresos del periodo x 100	100%	Se revisa las carpetas de abril a diciembre de los ingresos diarios de almacén, se evidencia comprobante de ingreso, recibo a satisfacción del responsable correspondiente y factura. Se evidencia que los controles son efectivos para mitigar el riesgo
AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	Recibir Sobornos por aceptación de Glosa a favor de las entidades Responsables de Pago	AM-PR-03 ACTA DE LEVANTAMIENTO Y/O ACEPTACION DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES	AM-F-03 acta de levantamiento de glosa, indicador mensual, Informe trimestral de análisis de aceptación de glosa, notas crédito mensual.	Valor de glosa aceptada de la vigencia / Valor de facturación de la vigencia x 100	100%	Se evidencia informe del tercer trimestre de 2019, donde se hace el comparativo de 2015 al 2019, el comportamiento de la glosa por entidad y los casos remitidos a jurídica de cartera de tercer trimestre de 2019., Indicador: 2514533576 / 151438268081 = 1,66, se cumple con la meta < 4 Se evidencia que los controles son efectivos para mitigar el riesgo

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">BIOMEDICA</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>MANUAL DE CONTRATACIÓN C-M-00</p> <p>IB-PR-09 ANALISIS DE INGRESO DE NUEVAS TECNOLOGIAS</p> <p>ANEXO TECNICO ESPECIFICACIONES TECNICAS Y SERVICIOS POSVENTA</p>	<p>CONCEPTO TECNICO, CONTRATO, ANEXO TECNICO ESPECIFICACIONES TECNICAS Y SERVICIOS POSVENTA, ACTA DE RECIBO DEL EQUIPO A SATISFACCIÓN, FORMATO DE VALIDACION DE INGRESO DE TECNOLOGIA</p>	<p>Anexo técnico en estudio previos y concepto técnico</p>	<p style="background-color: #008000; color: white; text-align: center;">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 año 2019 se realizó la adquisición o compra de equipamiento biomédico.</p> <p>Se evidencia que los controles son efectivos para mitigar el riesgo</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">FACTURACIÓN</p>	<p>NO facturación de servicios prestados por intereses particulares y no cobro de copagos.</p>	<p>F-PR-15 AUDITORIA ADMINISTRATIVA IVA</p>	<p>Informe mensual del proceso de auditoria administrativa a comité cartera, actas de reincidencias de los facturadores</p>	<p>INFORME MENSUAL DEL PROCESO DE AUDITORIA ADMINISTRATIVA</p>	<p style="background-color: #008000; color: white; text-align: center;">100%</p>	<p>Se evidencia informes mensuales del proceso de auditoria administrativa,</p> <p>En el mes de octubre se observa:</p> <p>Facturas limpias 52%</p> <p>Facturas con inconsistencias 2%</p> <p>Facturas con inconsistencias aplicables a facturación 46%</p> <p>Se evidencia que los controles son efectivos para mitigar el riesgo</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">GESTION DOCUMENTAL</p>	<p>Utilización indebida y sustracción de la información física por parte del personal de la entidad.</p>	<p>Procedimiento GD-PR-13 y Se realiza trazabilidad mediante el formato GD- F-01 de control consulta y préstamos de documentos de archivo.</p>	<p>Diligenciamiento del formato GD- F-01 de control consulta y préstamos de documentos de archivo, informe mensual del líder del proceso de gestión documental.</p>	<p>Formato GD-F-01(formato consulta y/o préstamo documentos de archivos Institucionales).Número de veces que se utilizó y sustrajo la información indebidamente en la vigencia.formato PRESTAMO DE DOCUMENTOS DE ARCHIVOS DE GESTIÓN GD-F-20</p>	<p style="background-color: #008000; color: white; text-align: center;">100%</p>	<p>Se evidencia la aplicación del formato GD-F-01 control de consulta y préstamo de los documentos de archivo, además el informe mensual que la líder del proceso genera para verificar la trazabilidad de las consultas, la mayoría de éstas las envía por medio electrónico minimizando la perdida de la información.Se evidencia que los controles son efectivos para mitigar el riesgo</p>

MANTENIMIENTO	Favorecimiento a un tercero en la emisión de Conceptos Técnicos en la Contratación asociada a la adquisición, mantenimiento de infraestructura hospitalaria y equipo industrial.	MANUAL DE CONTRATACIÓN C-M-00 ESTUDIOS PREVIOS C-F-01 CONCEPTO TECNICO C-F-07 CUADRO COMPARATIVO	ESTUDIOS PREVIOS C-F-01, CONCEPTO TECNICO C-F-07, CUADRO COMPARATIVO, PROPUESTAS,	Numero de conceptos técnicos generados el periodo/ Total de estudios previos aprobados por Comité directivo para mantenimiento o adquisición x 100.	0%	No presento soportes de los controles implementados, para determinar si son o no efectivos para mitigar el riesgo
----------------------	--	--	---	---	-----------	---

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 88%. Sin embargo se identifican procesos como mantenimiento que no aportaron soportes y que dificulta verificar si realmente los controles se están aplicando o no.

2.2 RECOMENDACIONES MAPAS DE RIESGO DE CORRUPCIÓN:

- ✓ Ejecutar las acciones que tienen gran importancia y no se alcanzaron a gestionar adecuadamente, con el fin de garantizar que los riesgos de corrupción no se materialicen.
- ✓ Incluir los indicadores del mapa de riesgo de corrupción en el módulo de indicadores Darum@salud para tener la trazabilidad de los mismos.
- ✓ Presentar oportunamente los soportes correspondientes a la oficina de control interno para la verificación del cumplimiento de aplicación de controles definidos en los mapas de riesgo.
- ✓ Tener en cuenta las recomendaciones dadas por la oficina de control interno en cuanto a los procesos que no reportaron acciones o faltan ejecutarlas

Cordial Saludo,


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

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