



**HOSPITAL LOCAL DE  
PIEDECUESTA**  
*Trabajamos por tu salud*

# **ESE HOSPITAL LOCAL DE PIEDECUESTA**



**HOSPITAL LOCAL DE  
PIEDECUESTA**

**MAPA DE RIESGOS**

## **OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**OCTUBRE 2014**



## TABLA DE CONTENIDO

	Pág
Introducción	5
Conceptos Básicos	6
I. Política Institucional de la Administración del Riesgo	10
2.1 Objetivos	10
2.1.1 Objetivo General	10
2.1.2 Objetivos Específicos	10
2.2 Responsables	11
2.3 Soporte Metodológico	11
2.4 Documentación	12
2.5 Comunicación de la Política	12
II. Marco Legal	13
3.1 Normatividad Nacional	13
3.2 Normas Técnicas o Estándares Internacionales	14
III. Marco Conceptual	15
IV. Mapa de Riesgos	17
5.1 Metodología	17
V. Identificación de los Riesgos Operacionales	24
5.1 Procesos Estratégicos	24
5.1.1 Mapa de Riesgos Proceso Planeación	26
Matriz de Riesgos No 1. Proceso Planeación.	34
5.1.2 Mapa de Riesgos Proceso Venta de Servicios	35
Matriz de Riesgos No 2. Proceso Venta de Servicios	36
5.1.3 Mapa de Riesgos Proceso Control de Gestión.	37



Matriz de Riesgos No 3. Proceso Control de Gestión.	44
5.1.4 Mapa de Riesgos Proceso Calidad	45
5.1.4.1 Subproceso Gestión Logística y de Comunicaciones	45
Matriz de Riesgos No 4. Subproceso Gestión Logística y de C.	47
5.1.4.2 Matriz de Riesgos Subproceso Evaluación de la Calidad	48
Matriz de Riesgos No 5. Subproceso Evaluación de la Calidad.	53
5.2 Procesos Misionales	54
5.2.1 Mapa de Riesgos Subproceso Atención Medica Consulta Externa	55
Matriz de Riesgos No 6.	58
5.2.2 Mapa de Riesgos Subproceso Atención de Enfermería	59
Matriz de Riesgos No 7.	62
5.2.4 Mapa de Riesgos Subproceso Atención en Laboratorio Clínico y Rayos X	63
Matriz de Riesgos No 8.	67
5.2.5 Mapa de riesgos Subproceso Atención Odontológica	68
Matriz de Riesgos No 9.	71
5.2.6 Mapa de riesgos Subproceso Atención Medica de Urgencias y Observación	72
Matriz de Riesgos No 10	76
6.2.7 Mapa de Riesgos Subproceso Atención Médica Hospitalización	77
Matriz de Riesgos No 11.	79
6.3 Procesos de Apoyo	80
6.3.1 Mapa de Riesgos Proceso Gestión del Talento Humano	81
Matriz de Riesgos No 12.	87
6.3.2 Mapa de Riesgos Proceso Gestión de Recursos Financieros	88
Matriz de Riesgos No 13.	95
6.3.3 Mapa de Riesgos Proceso Gestión de Recursos físicos y servicios básicos de mantenimiento	96
Matriz de Riesgos No 14	107
6.3.4 Mapa de Riesgos Proceso Gestión Jurídica y Contratación	108
Matriz de Riesgos No 15	116



6.3.5 Mapa de Riesgos proceso Gestión de apoyo tecnológico y de información	117
Matriz de Riesgos No 16	122
Conclusiones y Recomendaciones	124
Bibliografía	126



**HOSPITAL LOCAL DE  
PIEDECUESTA**  
*Trabajamos por tu salud*



## **INTRODUCCIÓN**

La Administración Pública introdujo el concepto de administración del riesgo en las entidades del Estado, considerando la exposición permanente a diferentes riesgos que en un momento dado pueden poner en peligro su existencia; en razón a ello, desde la perspectiva de las nuevas normas y modelos aplicados a la materia, se interpreta que la eficiencia del control, o su principal propósito, es la reducción de los riesgos.

Es así, como la ESE Hospital Local de Piedecuesta por medio de su Gerente y sus funcionarios tienen la responsabilidad de diseñar y aplicar métodos y procedimientos de Control Interno, de acuerdo con la Constitución y la Ley, que permitan identificar y evaluar aquellos eventos tanto internos como externos que pueden afectar o impedir el normal desarrollo de los procesos y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Dentro de estos criterios, corresponde administrar los riesgos, a partir de la adopción del Mapa de Riesgos, el cual es concebido como una herramienta de gestión establecida para minimizarlos, monitorearlos y corregirlos y así evitar la extensión de sus efectos, bajo parámetros de calidad, eficiencia, economía y eficacia.

El Mapa de Riesgos que se encuentra consolidado en el presente documento bajo la estructura de un enfoque por procesos, es el producto de un trabajo colectivo entre todos los funcionarios vinculados a la Entidad, quienes participaron en la elaboración e implementación del Mapa de Riesgos de las dependencias a las cuales se encuentran adscritos.

El documento incluye la política Institucional de la administración del riesgo, sus objetivos y el compromiso para su ejecución, así como el marco legal y conceptual sobre el cual se soporta; concluye, con la presentación de un conjunto de términos y definiciones, que tiene como finalidad estandarizar en la ESE Hospital Local de Piedecuesta, el lenguaje de la administración del riesgo en la función pública.



## CONCEPTOS BASICOS

**Administración de riesgos:** “Administrar el riesgo significa: planear, organizar, dirigir y ejecutar tanto procesos como actividades conducentes a asegurar que la entidad este protegida apropiadamente contra los riesgos que podrían afectarla.”

Administración de riesgos: Es la cultura, procesos y estructuras que están dirigidas hacia la administración efectiva de oportunidades potenciales y efectos adversos.

**Amenaza:** La fuente de daño potencial o una situación que potencialmente cause pérdidas.

**Análisis del riesgo:** El uso sistemático de información disponible para determinar con qué frecuencia un determinado evento puede ocurrir y la magnitud de sus consecuencias.

**Área de Impacto:** Es todo recurso, bien u oportunidad al cual se le ha de asignar un valor y su afectación podría comprometer el cumplimiento de sus objetivos y metas.

**Autocontrol:** Es la capacidad que tiene cada servidor público, independientemente de su nivel jerárquico dentro de la Entidad, para evaluar su trabajo, detectar desviaciones, efectuar correctivos, mejorar y solicitar ayuda cuando lo considere necesario, de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y tareas bajo su responsabilidad garanticen el ejercicio de una función administrativa transparente y eficaz.

**Consecuencia:** Es el resultado de un evento (causa) expresado cualitativa o cuantitativamente, que genera pérdida, perjuicio, daño, desventaja o ganancia.

**Control:** Son las políticas, procesos, dispositivos, prácticas u otras acciones que actúan para eliminar o minimizar los riesgos adversos o mejorar oportunidades positivas. Proveen una seguridad razonable relativa al logro de los objetivos.

**Costo:** De una actividad, tanto directa como indirecta, involucra un impacto negativo, incluidos dinero, trabajo, interrupción, pérdidas políticas e intangibles.



**Definición de Riesgos:** Es la probabilidad de que ocurra un evento con características negativas que afecten el buen funcionamiento de la ESE.

**Enfoque basado en procesos:** Identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en las entidades.

**Evaluación del riesgo:** El proceso utilizado para determinar prioridades en la administración del riesgo por la comparación de niveles de riesgo frente a estándares determinados, límites de niveles del riesgo u otros criterios.

**Evento:** Un incidente o suceso, el cual ocurre en un determinado lugar durante un determinado intervalo de tiempo.

**Exposición al riesgo:** Nivel de vulnerabilidad que tiene el riesgo después de los controles.

**Frecuencia:** Es una medida del coeficiente de ocurrencias de un evento expresado como la cantidad de ocurrencias de un evento en un tiempo dado. Ej.: una vez cada día / una vez cada semana / una vez cada 15 días / una vez cada mes.

**Fuente de Riesgo:** Es toda persona, grupo humano, entidad, elemento físico o fenómeno del entorno, de los cuales se pueden derivar eventos que podrían afectar las áreas de impacto, cuya ocurrencia se debe evitar (minimizar) o maximizar para incrementar la posibilidad del logro de los objetivos y metas.

**Gestión:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una entidad.

**Identificación del riesgo:** Proceso que determina qué puede suceder, por qué y cómo.

**Lineamientos estratégicos:** Son aquellos que se establecen sin que se les asigne un periodo de validez determinado. Comprenden los fines, la misión y los valores.

**Macroproceso:** Conjunto de acciones encadenadas, que la Entidad debe realizar a fin de cumplir con su función constitucional y legal, su misión y su visión;



**Mapa de Riesgos:** Se define como la identificación de los riesgos y de su causa, en los procesos, productos o servicios de la universidad, en cada una de las áreas académicas y administrativas. El mapa de riesgos consiste en:

- Identificación de procesos de la entidad.
- Identificación de causas de riesgo
- Estimación de la vulnerabilidad de los procesos, productos o servicios a los riesgos típicos.
- Identificación y evaluación de los riesgos críticos.
- Diseño e identificación de controles para minimizar los riesgos.
- Las guías de evaluación de autocontrol.

**Metas:** Son los puntos de referencia o aspiraciones que la Entidad debe lograr con objeto de alcanzar en el futuro los objetivos formulados. Establecen qué es lo que se va a lograr y cuándo serán alcanzados los resultados, pero no indican cómo serán logrados.

**Objetivo:** Son los resultados específicos que la ESE aspira a lograr a través de su misión en un plazo determinado. Están directamente relacionados con las funciones generales otorgadas a la entidad.

**Pérdida:** Consecuencia negativa, financiera o de cualquier índole.

**Posibilidad:** Expresión cualitativa de la probabilidad.

**Probabilidad:** Es la posibilidad de un evento específico o resultado, medido por la rata de eventos específicos o resultados sobre el número total de posibles eventos o resultados (Rango de 0-1%).

**Proceso:** Conjunto de actividades que para su desarrollo utiliza recursos, y que se gestionan con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados.

**Riesgo:** Es toda posibilidad de ocurrencia de una situación que pueda entorpecer el normal desarrollo de las funciones de la Entidad y le impida el logro de sus objetivos.

**Riesgo absoluto:** Es la evaluación de la consecuencia y probabilidad que ignora los controles que están vigentes, excepto los controles inherentes, tales como el comportamiento racional, por parte de los funcionarios.



**Riesgo residual:** Se refiere al margen o residuo de riesgo que puede darse a pesar de las medidas de tratamiento tomadas para la administración del riesgo.

**Stakeholders:** Son los entes o individuos quienes están o perciben que pueden ser afectados por una decisión o actividad.

**Subprocesos:** Conjunto de actividades que operativizan procesos. Usuario: Organización, entidad o persona que recibe un producto y/o servicio.

**Valoración del riesgo:** Es el conjunto de procesos que permiten analizar y evaluar el riesgo.

## **I. POLÍTICA INSTITUCIONAL DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO**

Nos comprometemos a preservar la eficacia operativa de la ESE Hospital Local de Piedecuesta, así como con la salvaguarda y bienestar de sus funcionarios, garantizando el mejor manejo de los recursos, mediante el establecimiento e implementación de un Sistema de Administración del Riesgo que permita la minimización de los costos causados por estos.

Realizando un adecuado análisis del contexto estratégico, la pronta identificación de las amenazas y fuentes, el acertado estudio y valoración de los riesgos, así como la debida selección de métodos para su tratamiento y monitoreo, impediremos la materialización de eventos generadores, que puedan afectar o impedir el normal desarrollo de los procesos y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

### **1.1. OBJETIVOS**

#### **1.1.1. GENERAL**

Implementar mecanismos que faciliten en la ESE Hospital Local de Piedecuesta, la adecuada administración de sus riesgos, a fin de cumplir no solamente con las normas, leyes y regulaciones, sino eficazmente con los objetivos, metas y la misión que le ha sido encomendada.



### **1.1.2. ESPECÍFICOS**

- Definir la extensión o rangos de asuntos sobre los cuales se aplicará la política de administración del riesgo.
- Proteger los recursos, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los puedan afectar.
- Aplicar un método que facilite identificar, analizar y valorar los riesgos de manera permanente.
- Contar con un aplicativo que permita estandarizar la información y visualizar globalmente los riesgos.
- Identificar los riesgos críticos, a fin de implementar políticas institucionales sobre aquellos que puedan causar mayor daño al momento de materializarse.
- Establecer lineamientos sobre aquellos eventos negativos que ocurran en la entidad y que pueden ser considerados como aceptables.

### **1.2. RESPONSABLES**

Son responsables de la Administración de los Riesgos, en la ESE Hospital Local de Piedecuesta:

- La Oficina de Control Interno realizará las actividades tendientes a la valoración, acompañamiento y asesoramiento de la gestión del riesgo a nivel institucional.
- Los jefes de las dependencias de las áreas administrativa y asistencial quienes coordinarán la realización e implementación de las técnicas y metodologías para administrar el riesgo, elaborar y actualizar los mapas de riesgos en sus dependencias, los cuales se revisarán y ajustarán anualmente en el mes de agosto.
- Los demás funcionarios y empleados vinculados a la ESE Hospital Local de Piedecuesta, quienes participarán en la realización e implementación del Mapa de Riesgos de las dependencias a las cuales se encuentren adscritos, poniendo en práctica los principios y valores éticos de la Entidad, en materia de manejo de recursos y de autocontrol.



- La Alta Dirección y la Oficina de Control Interno, evaluarán los aspectos considerados como críticos, que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos y metas estratégicas, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control, acordadas entre los responsables de las dependencias o procesos, integradas de manera inherente a sus procedimientos.

### **1.3. SOPORTE METODOLÓGICO**

El soporte y la metodología de la Administración del Riesgo están sujetos a las orientaciones que sobre la materia impartan el Departamento Administrativo de la Función Pública y las normas y estándares internacionales sobre el particular.

### **1.4. DOCUMENTACIÓN**

Los Mapas de Riesgos de las Dependencias son el insumo básico para elaborar el Mapa de Riesgos Institucional.

### **1.5. COMUNICACIÓN DE LA POLÍTICA**

A fin de establecer e implementar la infraestructura y el compromiso necesario que asegure que la administración del riesgo se convierta en parte integral de la planeación de los procesos gerenciales, misionales y operativos, así como de la cultura general, la Oficina de Control Interno en coordinación con la oficina de Talento Humano, desarrollarán planes de capacitación y realizarán las publicaciones que sean necesarias para lograr la interiorización y sensibilización de los funcionarios hacia el tema de la administración del riesgo en la ESE Hospital Local de Piedecuesta.

## **II. MARCO LEGAL**

### **2.1. NORMATIVA NACIONAL**

- Constitución Política de Colombia. Artículos 209 y 269.
- Ley 87 de 1993. "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones."



- Ley 489 de 1998. "Estatuto Básico de Organización y Funcionamiento de la Administración Pública".
- Ley 872 de 2003. "Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras prestadoras de servicios".
- Decreto 2145 de 1999. "Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones. Modificado parcialmente por el Decreto 2593 de 2000".
- Decreto 1537 de 2001. "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el Sistema de Control Interno en las Entidades y Organismos del Estado."
- Decreto 1599 de 2005. "Por medio del cual se adopta el modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano" MECI 1000:2005.
- Resolución 05459 de 2003. "Por medio de la cual la Contraloría General de la República realiza la estandarización de los informes sobre el sistema de control interno institucional"(coso).

## **2.2. NORMAS TÉCNICAS O ESTÁNDARES INTERNACIONALES**

- COSO REPORT. Comité de Organizaciones y Patrocinadoras de la Comisión Treadway.
- COBIT. Objetivos de Control para la información y tecnologías afines.
- AS-NZ 4360. Estándares para Australia y Nueva Zelanda sobre el manejo de riesgos.
- SAC. Sistemas de Auditoría y Control (Resalta la importancia de la evaluación del riesgo dentro de la relación costo - beneficio)
- ICONTEC: NTC-ISO 9001. Sistemas de gestión de la calidad.
- ICONTEC: NTC-5254. Norma Técnica Colombiana de Gestión del Riesgo.



### **III. MARCO CONCEPTUAL**

El propósito de la Administración Pública es la satisfacción de las necesidades de la sociedad en todo momento, para lo cual le corresponde establecer el planeamiento institucional, la organización y dirección, el seguimiento y evaluación, la ejecución de los recursos, a fin de cumplir lo ordenado por la ley para alcanzar los fines esenciales del Estado. Todo esto requiere legitimidad, eficacia en el servicio y que prime siempre el interés general. Bajo este contexto, la Administración Pública debe considerar la creciente complejidad e incertidumbre de la realidad social y económica actual, que conllevan dinámicas de cambios, ya que muchas veces simultáneamente aparecen conceptos que requieren apropiación de conocimientos y tecnologías, por lo que la globalización instantánea exige procesos concretos y precisa de productos y servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes.

Para aproximar estas dinámicas de la realidad actual a la administración de lo público, es necesario formalizar herramientas o metodologías que busquen minimizar la probabilidad de ocurrencia de riesgos en el cumplimiento de los objetivos asignados; e incluso se pueda pretender permanecer y no desaparecer por impactos negativos en la ejecución de la gestión.

Por ello es importante resaltar la trascendencia del concepto de riesgo en las organizaciones estatales, ya que este con la debida administración, se minimiza, reduce o elimina su impacto en el logro de la misión encomendada.

¿Pero cuáles son los riesgos a los que está expuesta la ESE Hospital Local de Piedecuesta?

La Entidad está expuesta a riesgos potenciales cuyas fuentes son determinadas por aspectos que están fuera de su control. Ej: eventos naturales (terremotos, inundaciones), incendios, atentados, accidentes de trabajo, contaminaciones biológicas o químicas, etc.

Por factores de carácter externo, denominados del entorno y que atentan contra su naturaleza jurídica y administrativa, como son los cambios producidos en la normativa, jurisprudenciales, presupuestales, que en un momento determinado pueden llegar a incidir en el cumplimiento de su objeto social.



También está expuesta al deterioro de su imagen, como consecuencia de la opinión ciudadana y de los medios de comunicación en general, riesgo este que se pretende minimizar mediante una gestión transparente, la participación ciudadana, la comunicación efectiva y oportuna de las labores realizadas y la rendición de cuentas, lo cual permite poner en práctica planes y programas para hacer de la ESE Hospital Local de Piedecuesta una Entidad eficaz en términos de generación de resultados, pero sobre todo, más comprometida con las verdaderas demandas, expectativas y necesidades de la sociedad.

De igual manera, inciden factores de orden interno los cuales fueron identificados por las Dependencias con base en las funciones y actividades que ejecutan y estructurados conforme al modelo de enfoque por procesos, tal como se desarrolla la gestión institucional. Este conjunto de riesgos se denomina *riesgos absolutos*, los que, una vez les son aplicados controles efectivos, reducen significativamente su consecuencia o impacto y probabilidad de ocurrencia.

Aunque no existe un método único que se pueda considerar un estándar, para evaluar el control y medir qué tanto mitiga el riesgo asociado, los entes rectores en la materia han establecido una serie de tratamientos para aplicar; uno de ellos se desarrolla mediante una serie de controles de tipo preventivo y correctivo traducidos en lineamientos, políticas y estrategias implementados a nivel interno. Para el caso de la Entidad, estos han sido clasificados en generales y específicos; entre los primeros se encuentran aquellos dirigidos hacia la ejecución de la gestión Institucional, mientras que los segundos son específicos para la ejecución del proceso. También aquellos de origen externo, sobre los cuales se exige su cumplimiento.

Es indispensable contar con un plan de manejo de los riesgos para realizarles monitoreo permanente, teniendo en cuenta que estos nunca se eliminan. Se mitigan. Es más, pueden aparecer nuevas amenazas que hace necesario ajustarlos.



## IV. MAPA DE RIESGOS

### 4.1. METODOLOGÍA

El principal insumo que permitió analizar y adaptar la información a los criterios exigidos por las normas técnicas, en especial a lo referido a la administración del riesgo en MECI 1000:2005 y la metodología del Departamento Administrativo de la Función Pública, se identificó y valoró los riesgos asociados a las actividades, funciones o procesos que ejecutan y señalar acciones para su manejo.

El procedimiento utilizado para la elaboración del mapa de riesgo fue el siguiente:

- Adaptación de la información a la estructura y caracterización del modelo de administración del riesgo, para lo cual se identificaron las fuentes genéricas del riesgo o los factores y componentes que pueden iniciarlo y que están bajo el control de la Entidad, Ej: comportamientos humanos traducidos en errores, trámites inadecuados, aspectos tecnológicos y técnicos y salud ocupacional, entre otros.

De igual manera, se identificaron las áreas de impacto, como son los activos y recursos básicos de la Entidad, incluidos su personal, los costos de las actividades, el desempeño e intangibles, como credibilidad, reputación, prestigio, la comunidad y la sociedad en general.

- De acuerdo con el análisis anterior, se identificaron los riesgos utilizando el método que se ilustra a continuación:

**TABLA No 1. FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS**

MACROPROCESO: \_\_\_\_\_

FACTOR DE RIESGO	CAUSAS	DESCRIPCION	EFFECTOS (CONSECUENCIAS)



- El paso siguiente consistió en clasificar bajo este esquema los datos en el sistema de información.
- Se realizó el ajuste de la información para la valoración y/o calificación de los riesgos debido a que las Dependencias utilizaron la escala de medida cualitativa definida a través de tres categorías: **ALTA, MODERADA** y **BAJA**.

Con el fin de hacer equivalentes estas categorías con los cálculos y escalas utilizados por las normas técnicas internacionales, como son el estándar AS/NZ 4360 y la norma técnica colombiana NTC 5254 que proponen una escala de cinco posibles valores para asignar peso a las variables consecuencia y probabilidad, se aplicaron los criterios que aparecen en los siguientes cuadros:

**TABLA No. 2. VALORACIÓN DE LOS RIESGOS. CONSECUENCIAS O IMPACTOS QUE GENERA EL RIESGO**

<b>NIVEL</b>	<b>RANGO</b>	<b>DESCRIPCION</b>
5	Catastrófico	Pérdidas de reputación e imagen enormes. Pérdidas económicas enormes
4	Mayor	Pérdidas de reputación e imagen mayores. Pérdidas económicas mayores
3	Moderado	Pérdidas de reputación e imagen medias. Pérdidas económicas medias
2	Menor	Pérdidas de reputación e imagen bajas. Pérdidas económicas bajas
1	Insignificante	Pérdidas de reputación e imagen mínimas. Pérdidas económicas mínimas

Fuente: Norma AS/NZ 4360 adaptada a la ESE.



**TABLA No. 3. PROBABILIDAD DE QUE OCURRA EL RIESGO**

<b>NIVEL</b>	<b>RANGO</b>	<b>DESCRIPCION</b>
5	CASI CIERTA	La expectativa de ocurrencia se da en todas las circunstancias
4	MUY PROBABLE	Probabilidad de ocurrencia en la mayoría de las circunstancias
3	MODERADA	Puede ocurrir
2	IMPROBABLE	Podría ocurrir algunas veces
1	RARA	Puede ocurrir solo bajo circunstancias excepcionales

Fuente: Norma AS/NZ 4360 adaptada a la ESE.

Una vez identificados y valorados los riesgos absolutos, se procedió a identificar y calificar los controles de tipo preventivo aplicados en las dependencias, los generales definidos por la Entidad, y los de origen externo.

Analizada la normativa se determinaron los siguientes lineamientos de tipo general utilizados como controles y con los cuales la Alta Dirección de la ESE busca una gestión de resultados orientada hacia las personas y su dimensión ética, así como al desarrollo eficaz de los procesos, en virtud de su acatamiento y/o cumplimiento:

- Acuerdo No 003 de 2007, por el cual se establece el Manual de Funciones y requisitos de los diferentes empleos de la ESE.
- Resolución No 003 de 2006, por el cual se adoptan los estatutos internos de la ESE Hospital Local de Piedecuesta.
- Resolución No. 088 de 2007 la cual adopta el Código de Ética y Valores
- Resolución No 094 de 2007, por medio de la cual se adopta el Manual para la Gestión Ética, de esta manera se encamina el desarrollo de las misiones institucionales asignadas a la Entidad, como el cumplimiento de las funciones a cargo de sus empleados sobre la base de la gestión ética.



- Resolución No 103 de 2007, la cual la ESE adopta su Código de Buen Gobierno
- Resolución No. 02 de 2007, por medio de la cual se crea el Comité de Calidad en **la ESE Hospital Local de Piedecuesta.**
- Resolución 101 de 2007, por medio del cual se adopta el Plan Institucional de Formación, Capacitación y Desarrollo del Talento Humano.
- Resolución No. 102 de 2007 por medio de la cual se adopta las políticas de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos al interior de la ESE.
- Fortalecimiento del ejercicio del autocontrol.
- Procesos de capacitación y formación orientados al mejoramiento de las habilidades y capacidades requeridas para el ejercicio de los cargos.

Una vez aplicada la calificación de los controles, se valoró nuevamente el riesgo utilizando los parámetros de las escalas señaladas en los cuadros No. 4 y 5, con el fin de determinar el impacto que éstos controles ejercen sobre el riesgo, dando como resultado el nivel de exposición y una nueva calificación que lo convierte en riesgo residual. En conclusión, la severidad del riesgo es el resultado de cruzar la consecuencia con la probabilidad; es así como el riesgo se ubica en cualquiera de los cuatro rangos establecidos: **EXTREMO, ALTO, MODERADO** y **BAJO**.

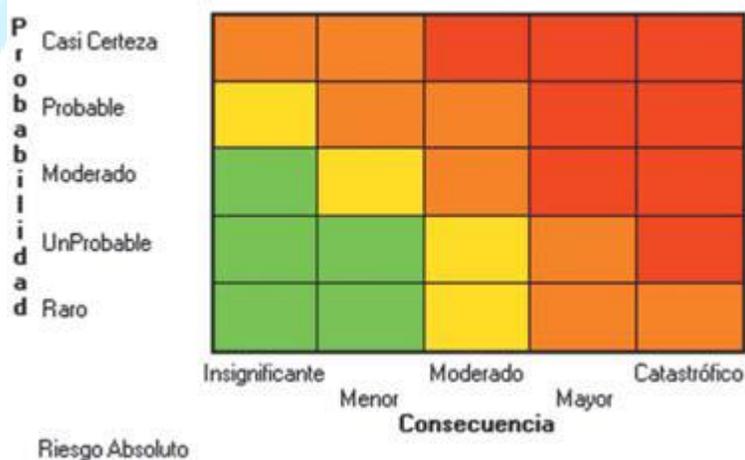
**TABLA No. 4. NIVEL DE EXPOSICIÓN O SEVERIDAD DEL RIESGO**

<b>RIESGO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
EXTREMO	Riesgo extremo, se requiere acción inmediata. Planes de tratamiento requeridos, implementados y reportados a la alta dirección.
ALTO	Riesgo alto, requiere atención de la alta dirección. Planes de tratamiento requeridos, implementados y reportados a los Jefes de Dependencias.
MODERADO	Riesgo moderado, aceptable, debe ser administrado con procedimientos normales de control.
BAJO	Menores efectos que pueden ser fácilmente remediados. Riesgo bajo, se administra con procedimientos rutinarios, riesgo insignificante. No se requiere ninguna acción.

*Fuente: Norma AS/NZ 4360\*adaptado a la ESE.*

Los colores para su identificación se presentan en la siguiente matriz:

**GRÁFICO 1. PROBABILIDAD VS. CONSECUENCIA**



El nivel de severidad de los riesgos, según los cuadrantes de combinación de consecuencia y probabilidad, es el siguiente:

## GRÁFICO 2. NIVEL DE SEVERIDAD

X	Y	Rótulo	Color
1	1	Bajo	Verde
2	1	Bajo	Verde
3	1	Moderado	Amarillo
5	1	Alto	Naranja
2	2	Bajo	Verde
3	2	Moderado	Amarillo
4	2	Alto	Naranja
5	2	Extremo	Rojo
1	3	Bajo	Verde
2	3	Moderado	Amarillo
3	3	Alto	Naranja
5	3	Extremo	Rojo
1	4	Moderado	Amarillo
3	4	Alto	Naranja
5	4	Extremo	Rojo
2	5	Alto	Naranja
5	5	Extremo	Rojo
*			

Es conveniente recordar que la severidad es el resultado de la probabilidad de que ocurra el riesgo por la consecuencia que genera este. Se presentan entonces dos calificaciones, una del riesgo absoluto y otra dependiendo de la existencia y eficacia de los controles, se convierte en riesgo residual.

Una vez valorados los controles y vista la posición que ocupa el riesgo en la matriz de severidad, se procede a definir el tratamiento que se le debe dar a este de acuerdo con los criterios o lineamientos señalados en el siguiente cuadro:



**TABLA No. 5. LINEAMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO DEL RIESGO**

<b>Severidad</b>	<b>Consideración Medidas de respuesta</b>	
EXTREMA	El riesgo es inaceptable	Es aconsejable, si es posible, eliminar la actividad que genera el riesgo; de lo contrario se deben implementar nuevos controles de prevención, para reducir la probabilidad; de protección, para disminuir las consecuencias o compartir el riesgo, si es posible, por medio de pólizas u otras opciones disponibles (evitar el riesgo, prevenir, proteger, compartir).
ALTA	El riesgo es importante	Se deben tomar medidas para bajar la severidad del riesgo; si es posible, fortalecer y mejorar controles existentes (prevenir el riesgo, proteger, compartir).
MODERADA	El riesgo es tolerable	Se pueden tomar medidas para bajar la severidad; si es posible, se deben conservar y mejorar controles (proteger la entidad, compartir).
BAJA	El riesgo es aceptable	La entidad puede asumir el riesgo sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen (aceptar el riesgo).
<i>Fuente: Norma AS/NZ4360. *Adaptada a la ESE.</i>		



## **V. IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS OPERACIONALES**

Los riesgos fueron identificados y valorados con base en los factores internos que inciden en el desarrollo de la gestión institucional y en el Mapa de Procesos establecido por la entidad, teniendo como base la siguiente estructura:

- Procesos Estratégicos.
- Procesos Misionales.
- Procesos de Apoyo.

En este orden de ideas, a continuación se describen y analizan los riesgos por cada uno de los procesos señalados.

### **5.1. PROCESOS ESTRATEGICOS**

Su objetivo es el direccionamiento y planificación en la formulación de las políticas, planes, programas y lineamientos técnicos, tendientes a lograr los objetivos estratégicos, los requerimientos físicos y humanos necesarios para ejecutar esa planeación, la difusión de la imagen institucional, la venta de servicios, así como al desarrollo de la socialización de sus actividades.

Esta macro proceso comprende a la alta y media gerencia, que se caracterizan por el tiempo dedicado al desarrollo de funciones relacionadas con la planeación organizacional, la estructura funcional, promoción de la empresa y su portafolio de servicios, asumido con liderazgo. Se caracterizan también por la toma de decisiones sobre los recursos financieros y materiales de la entidad, y por la capacidad para establecer los controles a nivel de áreas, procesos, funciones y funcionarios.

Se direcciona hacia la definición de políticas generales, a pensar la organización, a conceptualizar cada una de las áreas, a adoptar los planes y programas y a manejar las relaciones con el entorno organizacional.

En el se establecen los procesos de seguimiento y evaluación tanto para el Sistema de Gestión de Calidad en la ESE y el nivel de satisfacción de los usuarios, e incluye también la evaluación al Sistema de Control Interno, estos son procesos transversales que están presentes e influyen en todo el ciclo PHVA y en los macroprocesos aquí señalados.



➤ Proceso: PLANEACION

**Subprocesos:**

- Planeación Estratégica
- Planeación institucional.

➤ Proceso: VENTA DE SERVICIOS

**Subprocesos:**

- Mercadeo

➤ Proceso: CONTROL DE GESTION

**Subproceso:**

- Sistema de Control Interno.

➤ Proceso: CALIDAD

**Subproceso:**

- Evaluación de la calidad.
- Gestión Logística y de comunicaciones.

HOSPITAL LOCAL DE  
PIEDECUESTA

Trabajamos por tu salud

E.S.E.

### 5.1.1. MAPA DE RIESGOS PROCESO PLANEACION

RIESGO	DESCRIPCIÓN	POSIBLES CONSECUENCIAS	IMPACTO	PROBABILIDAD	CONTROL EXISTENTE	NIVEL DE RIESGO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADORES
1. Alta Centralización	Exceso de poder o autoridad concentrado en un área, cargo o funcionario	Discrecionalidad y posible extralimitación de funciones. Dificultad para implantar controles Ineficiencia administrativa	2	2	Manual de Funciones	BAJO (Aceptar el riesgo)	Socialización de los roles y responsabilidades por cargo.	Alta Dirección	Diaria	Controles implementados / Total Controles
2. Descentralización sin control	Otorgamiento de responsabilidades, autoridad y capacidad para decidir, sin criterios bien definidos y no hay rendición de cuentas	Ausencia de controles Desorden administrativo por ausencia de políticas claras y homogéneas Derroche o desaprovechamiento de recursos por falta de criterios para establecer economía de escala	3	1	Manual de funciones – Actividades señaladas en el Contrato  Directrices de la Secretaria de Salud Departamental	BAJO (Aceptar el riesgo)	Seguimiento a los resultados y objetivos empresariales planteados Medición de los objetivos y análisis de datos	Alta Dirección	Diaria	Cumplimiento de la Normatividad y legislación vigente.
3. Adaptación subjetiva de las normas	Los directivos y otras instancias hacen uso de las normas según sus intereses particulares	Interpretación y uso de las normas para favorecer intereses personales políticos o de otro tipo.	2	2	Políticas del Ministerio de Protección Social (Objetivos y Líneas de Acción estratégica	BAJO (Aceptar el riesgo)	Socialización de las normas a seguir	Alta Dirección	Diaria	Personal investigado o sancionado / Total Personal

4. Ausencia de normas	No existen reglamentación o normas que permitan la actuación transparente de funcionarios u otras personas o entidades.	Cualquier funcionario actúa en forma indebida amparado en la inexistencia de las normas que debiera observar	1	1	Código de Ética Código de Buen Gobierno	BAJO (Aceptar el riesgo)	Socialización y sensibilización de los códigos.	Alta Dirección	Diaria	Actividades ejecutadas / actividades programadas
5. Exceso de Normas	Proliferación de regulaciones que dificultan el quehacer administrativo.	Funcionarios o particulares pueden aprovechar para ofrecer, con manejos corruptos, la violación de las normas a su inobservancia	3	2	Reglamentación Ministerio de Protección Social	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Asesoría Jurídica y de Control interno	Alta Dirección	Diaria	Informes entregados / Informes solicitados
6. Desmotivación	Los funcionarios no están satisfechos con la organización	Bajo compromiso de los funcionarios con la transparencia en el manejo de la organización	3	2	Sistema de Incentivos y estímulos	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Entrega de Estímulos y distinción pública de la labor realizada por el personal	Alta dirección – jefe T. Humano	Febrero - Diciembre	Actividades realizadas / actividades programadas
7. Falta de profesionalismo y baja capacitación Funcionarios con capacidades inferiores a los objetivos actuales de la entidad	Personas sin las condiciones requeridas para desarrollar su trabajo con calidad y la entidad no se preocupa por prepararlas	Desgreño administrativo y manejo indebido de las funciones en las diferentes instancias. Mayo gravedad cuando se presenta en el nivel directivo.	1	1	Perfil del Cargo. Análisis y revisión de la hoja de vida y documentos anexos Lineamientos del DAFP. Plan de Capacitación	BAJO (Aceptar el riesgo)	Diagnostico de necesidades de capacitación Evaluación del desempeño laboral	Alta dirección – jefe T. Humano	Febrero - Diciembre	Total funcionarios capacitados/ Total Funcionarios.

8. Mala remuneración	El pago a los funcionarios no se ajusta a sus niveles de formación, profesionalismo y capacidad.	Los funcionarios hacen uso indebido de los recursos de la organización para mejorar sus ingresos	3	2	Directrices Secretaria de Salud Departamental y MinProtección Social	<b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Pago de acuerdo a lo estipulado según categoría	Alta dirección – Sub. Financiera	Mensual	Nomina pagada/ presupuesto asignado
9. Inestabilidad Directa	Hay alta rotación de personal en el nivel gerencial	Falta de manejo adecuado de las funciones y aprovechamiento indebido por parte de funcionarios de otros niveles	2	2	Disposición secretaria de salud Departamental y Gobernación	<b>BAJO</b> (Aceptar el riesgo)	Tiempo de Gestión de los Gerentes	Dirección	Anual	Tiempo de funcionamiento de la ESE/ No de Gerentes
10. Desgaste Administrativo	Incremento en los costos operacionales por desgaste administrativo, debido a la realización de acciones, trámites y toma de decisiones erróneas	Posibilidad de acciones jurídicas o penales por incompetencia.	1	2	Manual de Operación por procesos. Plan de Formación	<b>BAJO</b> (Aceptar el riesgo)	Diseño e implementación del Pamec y MECI. Fortalecimiento del autocontrol.	Dirección	Diario	Porcentaje de avance en la implementación de los modelos
11. Inexistencia de un PDI	No se ha formulado el PDI de acuerdo a la misión, visión y política institucionales, y a la normatividad respectiva.	Pérdida de imagen y credibilidad institucional	4	4	Decreto de Creación	<b>EXTREMO</b>	Auditorias internas y externas	Dirección – Jefes dependencias	Anual	Actividades realizadas / actividades programadas

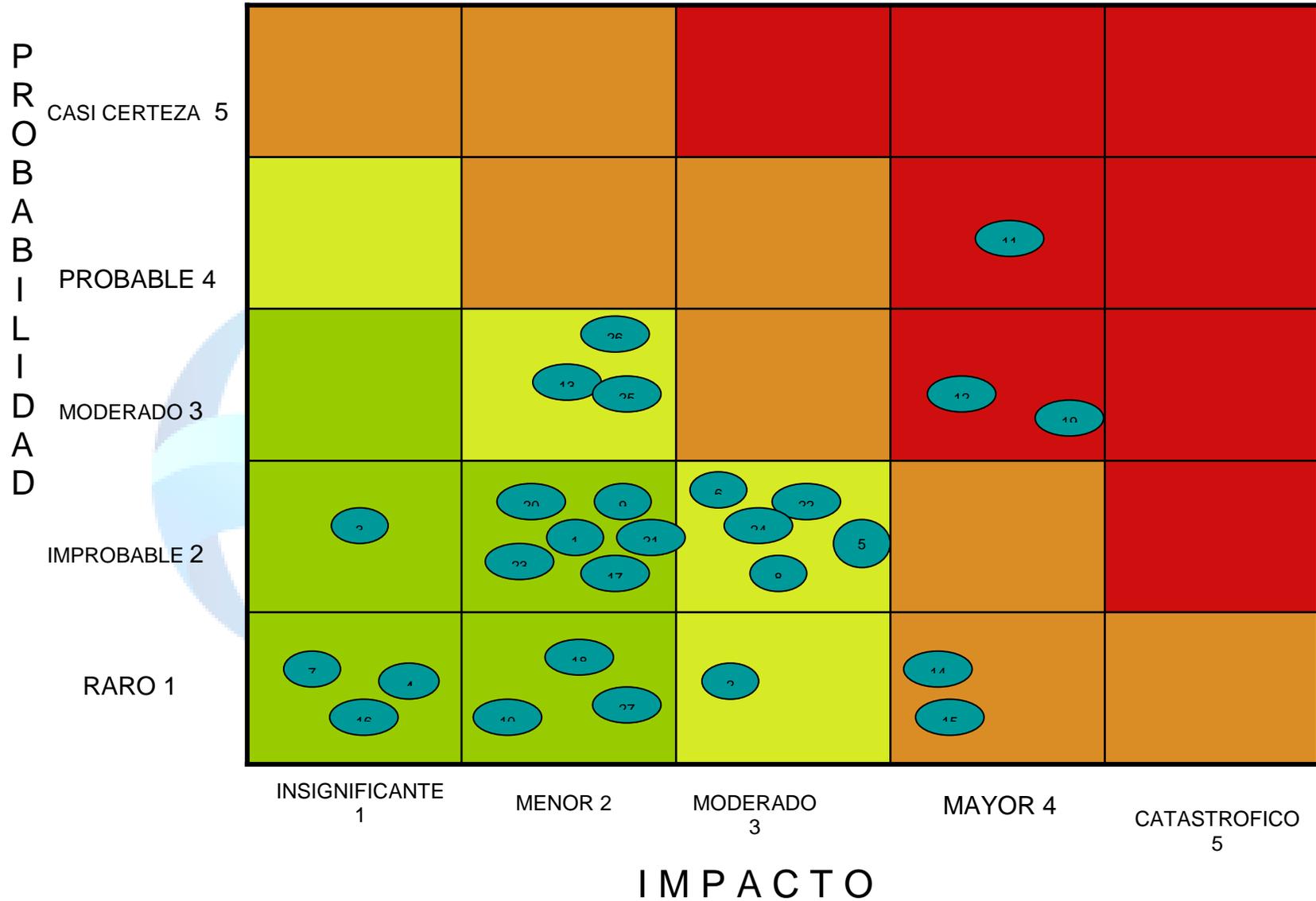
12. Carencia de Planes Operativo Anuales por dependencias.	No se lleva a cabo un proceso de planeación estratégica sistemática que articule el plan de desarrollo institucional con los planes operativos por dependencias, de tal manera que no hay una bitácora de trabajo claramente definida.	<p>Perdida de imagen institucional</p> <p>Falta de sincronía y trabajo en equipo.</p> <p>Imposibilidad de cumplir con las metas y objetivos institucionales</p>	4	3	No existe	ALTO (Prevenir, proteger, compartir el riesgo)	Formulación y ejecución de los POA por dependencias.	Alta Dirección	Octubre	Actividades ejecutadas / actividades programadas
13. Inoportuna entrega de informes.	por la extemporaneidad en la presentación de los informes a los entes de control	Pérdida de imagen y credibilidad institucional	2	3	Constancia de entrega de informes enviados y resultados entregados	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Enviar los informes con 15 días de anticipación al plazo limite, efectuar revisiones.	Dirección - Dependencias	Febrero - Diciembre	Informes enviados / informes solicitados Fechas de envío - fechas de entrega
14. Incumplimiento en objetivos y metas	No se cumplieron con los objetivos y metas estratégicas planeadas	Pérdida de imagen y credibilidad institucional	4	1	Evaluación de resultados trimestralmente	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Evaluación continua y permanente - informes de avance	Dirección - Dependencias Febrero - Diciembre		Porcentaje de avance y cumplimiento

15. Toma de decisiones y acciones erradas	Realización de acciones, decisiones y trámites errados debido al desconocimiento de funciones, competencias y normatividad o por incompetencia profesional.	Pérdida de imagen y credibilidad institucional.	4	1	Implementación de procesos de capacitación y formación orientados al mejoramiento de las habilidades y competencias.  Manual de funciones por cargos.	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Ejecución del plan de capacitación y del programa de reinducción.	Dirección – Oficina de Talento Humano	Febrero - Diciembre	Funcionarios capacitados / Total Funcionarios
16. Discrecionalidad	La alta dirección tiene control excesivo en el manejo del recurso humano	Intromisión de la gerencia en las funciones de otras instancias para manipular las decisiones según sus propios intereses	1	1	Manual de funciones	BAJO (Aceptar el riesgo)	Informes de actividades mensuales. Interventoria realizadas	Dirección	Mensual	Informes de actividades. Interventorias realizadas.
17. Complacencia	Falta de autoridad o capacidad gerencial para tomar decisiones en contra de quienes contravienen las normas	No hay respeto de los funcionarios por los principios éticos, con la certeza de que pueden ser cubiertos por la impunidad	2	2	Código de Ética y Buen Gobierno. Comité de Ética.	BAJO (Aceptar el riesgo)	Socialización de las normas.  Llamados de atención realizados.			No de funcionarios con llamado de atención / total Funcionarios
18. Amiguismo	Los criterios para defender la ética son remplazados por favoritismos personales o políticos de los directivos	Los funcionarios y particulares prefieren atender los intereses de amigos causando detrimento a la entidad	1	2	Código de Ética y Código de Buen Gobierno. Manual para la Gestión Ética.	BAJO (Aceptar el riesgo)	Internalización y práctica de los valores y principios éticos.	Dirección	Diario	Quejas recibidas por este aspecto. Investigaciones efectuadas

19. Falta de programas que promueven la ética pública	La dirección no muestra interés ni responsabilidad para mantener programas a favor de la ética	Cualquier comportamiento indebido puede ser tolerado, imitado o compartido	3	3	Manual para la Gestión Ética.	ALTO	Diagnostico de la percepción ética en la ESE	Dirección - Comité de	Febrero a Diciembre	Nivel de transparencia
20. Falta de probidad	Los directivos no son el mejor ejemplo de respeto por las normas éticas y, por el contrario, ofrecen mal ejemplo	Los funcionarios se sienten en libertad de cometer actos corruptos porque saben que a sus directivos no les conviene castigarlos, por la falta de autoridad moral	2	2	Código de Ética y Código de Buen Gobierno. Manual para la Gestión Ética.	BAJO (Aceptar el riesgo)	Conversatorios sobre la Ética en la ESE. Ejecución de los códigos	Dirección - Comité de ética	Febrero a Diciembre	Funcionarios investigados o sancionados / Total funcionarios
21. Inestabilidad normativa	Cambios permanentes e innecesarios de las normas	Favorecimiento de interés contrarios a los institucionales	2	2	Normatividad vigente	BAJO (Aceptar el riesgo)	Cumplimiento de las resoluciones, decretos y leyes	Dirección - Funcionarios	Febrero a Diciembre	Implementación de la normatividad
22. La entidad no cuenta con un direccionamiento estratégico.	Objetivos de calidad. Políticas de calidad. Red o mapa de procesos.	Incoherencia con la política de calidad. Incumplimiento de metas, objetivos y misión de la entidad.	3	2	Manual de Calidad Políticas de Min Protección Social	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Difusión de política y objetivos de calidad Seguimiento a los resultados objetivos de calidad planteados Medición de los objetivos y análisis de datos *Planeación de cada uno de los procesos definiendo interacción	Alta Dirección	Diaria	No de procesos estandarizados / Total Procesos

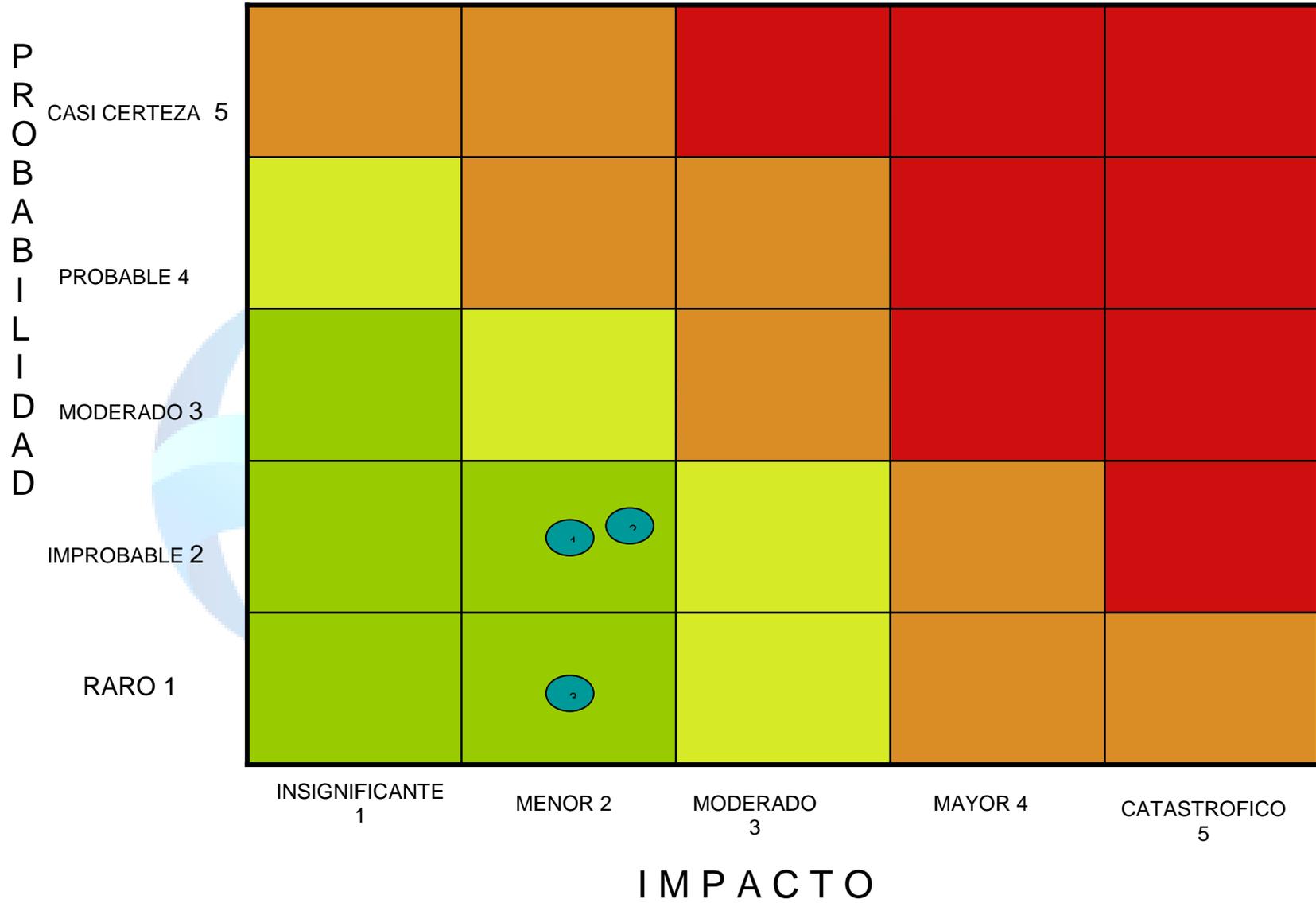
23. Caos administrativo	La falta de cuidado y diligencia en el trámite de los asuntos administrativos, se traduce en la ineficiencia administrativa, verificándose la ausencia de archivos, archivos incompletos, ausencia de soportes importantes de los contratos, contratos sin foliar y contratos sin liquidar	Ausencia de archivos Encubrimiento de hechos o acciones irregulares Desvirtúa principios de responsabilidad Ausencia de unificación de criterios Ausencia de controles Falta de soportes importantes de los contratos	2	2	Tablas de retención documental. Informes de Auditoría Interna y externa	BAJO (Aceptar el riesgo)	Llevar a cabo el plan de mejoramiento por proceso.  Seguir el procedimiento para el manejo de archivo.	Alta Dirección - Oficina Jurídica - Todas las dependencias	Diatría	Acciones de mejoramiento aplicadas / Hallazgos encontrados en el proceso de archivo.
24. Falta Ejecución de acciones de seguimiento, evaluación y retroalimentación	Ausencia del seguimiento a la gestión técnica institucional	Ausencia de visitas a las dependencias o áreas de gestión.  Falta de consultas a beneficiarios de los proyectos y elaboración de informes	3	2	Elaboración de informes por plan o programa	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Informes entregados a la Dirección, Secretaria de Salud Depart.	Dirección - Jefes Dependencias	Febrero -Diciembre	Informes elaborados / informes solicitados
25. Incumplimiento	Se refiere a la posibilidad de no llevar a cabo total o parcialmente, las funciones o competencias que establecen la Constitución y las demás normas legales vigentes para la E.S.E. También se refiere a la posibilidad de no cumplir con el plan de desarrollo, los	Falta de respuesta ante los entes de control  Exposición a sanciones legales y disciplinarias  Perdida de credibilidad y de imagen institucional	2	3	Plan Operativo Anual  Reuniones de seguimiento y evaluación.  Plan de mejoramiento institucional.  Realización de auditorías internas	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Sensibilización y toma de conciencia sobre las labores misionales  Programa de inducción y reinducción, Implementación del Pamec y Meci	Alta Dirección - Subdirección Administrativa y Financiera	Febrero -Diciembre	Resultados y hallazgos en Auditorías Internas Informe de avance de ejecución del plan de desarrollo.

	programas y los proyectos diseñados para la Entidad.									
26. Desacierto	Posibilidad de cometer errores en el desarrollo de la función constitucional de la E.S.E., en la elaboración y ejecución del plan de desarrollo, en la planeación y ejecución de programas y proyectos, y en el establecimiento y aplicación de políticas. También se entiende como la posibilidad de equivocarse en la toma de decisiones, en el diseño y/o en la ejecución de los procesos.	Falta de respuesta ante los entes de control  Exposición a sanciones legales y disciplinarias	2	3	Adopción Plan de Desarrollo Institucional  Manual de Procesos y Procedimientos	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Seguimiento a la ejecución del Plan de Desarrollo.  Socialización de los procesos y procedimientos	Dirección – Control Interno – Talento humano	Mensual	Porcentaje de avance en la ejecución del plan. Informes de gestión y resultados.
27. Pérdida de recursos	Posibilidad de realizar gastos excesivos y/o efectuar manejos ineficientes de los recursos (humanos, físicos, financieros, etc.) conferidos al cuidado y asignación de la Entidad.	Falta de respuesta ante los entes de control  Exposición a sanciones legales y disciplinarias	1	2	Plan anual de Auditoría Interna. Auditoría Externa. Informes de presupuesto. Ley de presupuesto	BAJO (Aceptar el riesgo)	Elaboración del anteproyecto de presupuesto Uso de herramientas estadísticas Proyección real para toma de decisiones Seguimiento a los proyectos de inversión.	Subdirección administrativa y	Febrero - Diciembre	Auditorías realizadas / auditorías programadas No Procesos auditados en el área financiera



### 5.1.2. MAPA DE RIESGOS PROCESO VENTA DE SERVICIOS

RIESGO	DESCRIPCIÓN	POSIBLES CONSECUENCIAS	IMPACTO	PROBABILIDAD	CONTROL EXISTENTE	NIVEL DE RIESGO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADORES
			2	2				Alta Dirección	Enero - Diciembre	Nuevos clientes atendidos/ Total clientes
1. No se cuentan con estrategias de mercadeo que permitan aumentar la cobertura.	No se diseñan ni ejecutan estrategias que permitan la obtención de mas recursos provenientes por la venta de servicios.	Estancamiento financiero, perdida de competitividad frente a otras ESE y empresas privadas.	2	2	Normatividad vigente	MODERADO	Diseñar un plan de mercadeo y ventas de acuerdo a los limites legales.	Alta Dirección	Enero - Diciembre	Nuevos clientes atendidos/ Total clientes
2. La empresa no realiza acuerdos o convenios interinstitucionales que le permitan aumentar su participación en el mercado.	Carencia de acuerdos y/o convenios interinstitucionales que posicionen el nombre y portafolio de servicios de la ESE.	Estancamiento en la demanda de servicios. Perdida de competitividad.	2	2	Convenios y acuerdos con ARS	Bajo	Promover la generacion de acuerdos que favorezcan la competitividad y demanda de servicios	Alta Dirección	Todo el año	Numero de acuerdos efectuados en el año
3. La empresa no realiza investigaciones de mercado que le permitan conocer las características de sus usuarios y la población objetivo.	No se cuenta con estudios que determinen las características de la población objetivo y nichos de mercado potenciales.	Perdida de competitividad. Toma de decisiones errónea debido a falta de información veraz y oportuna.	1	2	Se tiene establecido el mercado objetivo	BAJO	Investigación de la demanda en salud existente en la municipalidad	Alta Dirección	Anual	No Estudios planeados / No estudios realizados



### 5.1.3 MAPA DE RIESGOS PROCESO CONTROL DE GESTION.

La valoración de los resultados obtenidos en la implantación y consolidación del Sistema de Control Interno, debe iniciar con un estudio del mismo para caracterizar cada uno de los aspectos y contenidos, así como el propósito con el que fue concebido. El Sistema está dirigido a motivar el autocontrol, mejorar sin la intervención de agentes externos, identificar claramente las responsabilidades sin acudir a instrumentos policivos, aumentar la confianza de la sociedad civil en la capacidad administrativa por la calidad de los resultados y, estimular la sana competencia en la modernización administrativa; todo ello enmarcado políticamente en las decisiones constitucionales relativas a la descentralización del poder, la conservación y cuidado del medio ambiente, la autonomía territorial y la aplicación de los principios de eficiencia, economía, eficacia, equidad, igualdad, celeridad, imparcialidad y valoración de los costos ambientales.

El Sistema de Control Interno constituye la herramienta de mayor importancia para el seguimiento y mejoramiento de la gestión pública, en tanto que permite a los niveles directivos examinar la organización y distribución del trabajo, la secuencia lógica de las responsabilidades y su interacción para el logro de resultados, la eficiencia en la utilización de los recursos, así como los aspectos relacionados con la transparencia y objetividad en la programación, ejecución y disposición de los recursos.

El estudio en torno al sistema de control interno, tiene como objetivo establecer el nivel de sensibilidad del mismo en la detección de fenómenos relacionados con la corrupción y, puntualmente, definir los riesgos *in situ* y potenciales a los cuales están enfrentadas las entidades frente a posibles conductas corruptas, por parte del personal encargado de la supervisión y evaluación del Sistema de Control Interno.

RIESGO	DESCRIPCIÓN	POSIBLES CONSECUENCIAS	IMPACTO	PROBABILIDAD	CONTROL EXISTENTE	NIVEL DE RIESGO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADORES

1. Influencia en las auditorias	Ofrecimiento de dádivas para impedir visitas de seguimiento, evaluación y/o control. Pagos a los funcionarios investigadores, con el fin de evitar la detección y sanción de indebidos manejos. Amenazas encaminadas a impedir cualquier tipo de visita de inspección	Consolidación de prácticas autocráticas en la selección de áreas y procesos a controlar. Impunidad que favorece a los corruptos. Pérdida de recursos y de confiabilidad.	2	2	Proceso de auditoria Interna	BAJO (Aceptar el riesgo)	Se aplicarán los principios de: Igualdad, Responsabilidad, Moralidad, Transparencia, Eficiencia, Publicidad, Eficacia, Preservación del Medio Ambiente, Economía, Celeridad, Imparcialidad	Oficina de Control Interno	Anual	Investigaciones o sanciones aplicadas
2. Inadecuado manejo de expedientes y documentos	Inseguridad en el cuidado y custodia de expedientes y documentos. Tráfico de influencias en la consulta, utilización, manipulación y administración de expedientes. Demora injustificada en el estudio, análisis, pruebas y evaluación de los expedientes.	Deficiencia en la determinación de responsabilidades. Pérdida de recursos fiscales.	1	2	Programación de las auditorias.	BAJO (Aceptar el riesgo)	Relación de documentos recibidos y entregados.  Cumplimiento a las fechas y horarios de auditorias.  Entrega de informes de resultados y hallazgos.	Oficina de Control Interno	Enero - Diciembre	Documentos revisados / Total documentos.

<p>3. Desviación de poder</p>	<p>Centralización y discrecionalidad en las decisiones. Carencia de reglamentos relacionados con competencias. Falta de claridad en tomo a productos y resultados a cargo de dependencias y funcionarios</p>	<p>Desorden y caos administrativo. Ejecución presupuestal ineficiente. Alto nivel de discrecionalidad en la determinación del gasto y en los pagos.</p>	<p>3</p>	<p>2</p>	<p>Manual de Funciones y Requisitos.  Contratos por Prestación de servicios.  Informes de actividades.</p>	<p><b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo</p>	<p>Se harán periódicamente los seguimientos a planes, proyectos y arqueos de caja. Se creó el Comité para la inversión de recursos. A través de Los indicadores de Gestión se determinará si se cumplieron las metas.</p>	<p>Oficina de Control Interno</p>	<p>Enero - Diciembre</p>	<p>Informes de Auditoria Interna</p>
<p>4. Carencia de un componente tecnológico moderno.</p>	<p>No se cuenta con el recurso tecnológico necesario para priorizar y programar auditorias y revisiones a los procesos, áreas y objetos de control, estableciendo el nivel de riesgo en que se encuentren y la necesidad de su verificación.  Llevar a cabo informes y matrices de priorización.</p>	<p>Incumplimiento en la realización de sus funciones.  Presentación extemporal de informes</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>Solicitud de mantenimiento o y soporte técnico.</p>	<p><b>ALTO</b> (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)</p>	<p>Adecuación del servicio de Internet.  Adquisición de equipos modernos *mantenimiento preventivo de los equipos actuales con que cuenta la dependencia *Actualización del software</p>	<p>Oficina de Control Interno - Sistemas</p>	<p>Enero - Diciembre</p>	<p>Plan de mantenimiento para la dependencia</p>

5. Uso indebido de información	Desorganización y caos en los flujos de información. Carencia de variables e indicadores de gestión y resultados. Trafico de influencia en la obtención y manipulación de la información. Deficiencias en la entrega oportuna de información confiable y segura. Demora y retardos injustificados de datos e informes.	Fraudes en las actividades. Cambios indebidos de datos e informes. Desconocimiento de resultados e incremento injustificado de los gastos. Bajo nivel de respuesta operativa.	2	2	Código de Ética. Código de Buen Gobierno Implementación Mec. Circulares informativas	BAJO (Aceptar el riesgo)	Socialización de los principios y compromisos éticos por áreas de gestión. Cumplimiento del código de ética. Evaluación y valoración de informes entregados	Oficina de control interno – áreas de gestión	Enero - Diciembre	Fecha de entrega de informes. Informe de auditorías internas
6. Desvío de visitas	Programación esporádica y descoordinada de seguimiento y evaluación. Concentración del seguimiento y evaluación en determinadas áreas, procesos y dependencias. Revisión de las mismas operaciones, acciones o gastos. Grupos de supervisión integrados por los mismos funcionarios.	Baja capacidad de seguimiento. Consolidación de prácticas corruptas. Desvío de recursos. Desmotivación en funcionarios de eficiente y eficaz productividad.	1	1	Programación de auditorías internas	BAJO (Aceptar el riesgo)	Las visitas se programarán periódicamente de acuerdo a las actividades propias de control y a las acciones correctivas que se deban tomar teniendo en cuenta los hallazgos del plan de mejoramiento	Oficina de Control Interno	Enero - Diciembre	Auditorías realizadas / auditorías programadas

7. Desconocimiento de los procesos.	Falta de definición total de los procesos para hacerlos concordantes con los planes de acción y mejoramiento.	No detectar los riesgos a tiempo.	3	2	Cronograma Anual de Auditorias, revistas y seguimiento a los procesos y planes	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Conformación de un grupo interdisciplinario y elaboración de un programa de capacitación para todo el personal de la Oficina de Control Interno	Oficina Control Interno - O. Talento Humano	Mensual	No. De funcionarios capacitados/ Total capacitaciones
8. Dificultad para el ejercicio de las funciones	inoportuna presentación de informes y datos necesarios para llevar a cabo el proceso de auditoria interna,  Extemporánea entrega de información para su elaboración.  Falta de colaboración de funcionarios de otras dependencias.	Investigación por parte de los órganos externos de control.  Exposición a sanciones disciplinarias.	4	3	Programación de actividades.  Envío de circulares informativas.  Difusión de información a las empresas proveedoras de personal.	ALTO (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)	Compromiso de la alta dirección.  Difusión y socialización de los informes entregados por los órganos de control.  Participación de los funcionarios en actividades lideradas por la oficina.	Oficina de Control Interno - Dirección	Febrero - Diciembre	Actividades realizadas / actividades programadas.  No de funcionarios que asistieron
9. Carencia de un manual de auditoria interna y de la planeación del plan de auditoria anual.	No se cuenta con un manual que establezca los parámetros y directrices para llevar a cabo la evaluación independiente.  Así mismo no se planifica para la vigencia el programa y plan de auditoria.	Desconocimiento del papel de la oficina de control interno.  No hay eficiencia y efectividad en las actividades y labores de la oficina.	3	3	Identificación de las entradas y salidas del proceso de control interno.  Programación de auditorias	ALTO (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)	Formulación, diseño y ejecución del manual de auditoria para la ESE.	Oficina de Control Interno	Febrero - diciembre	Manual de Auditoria Interna

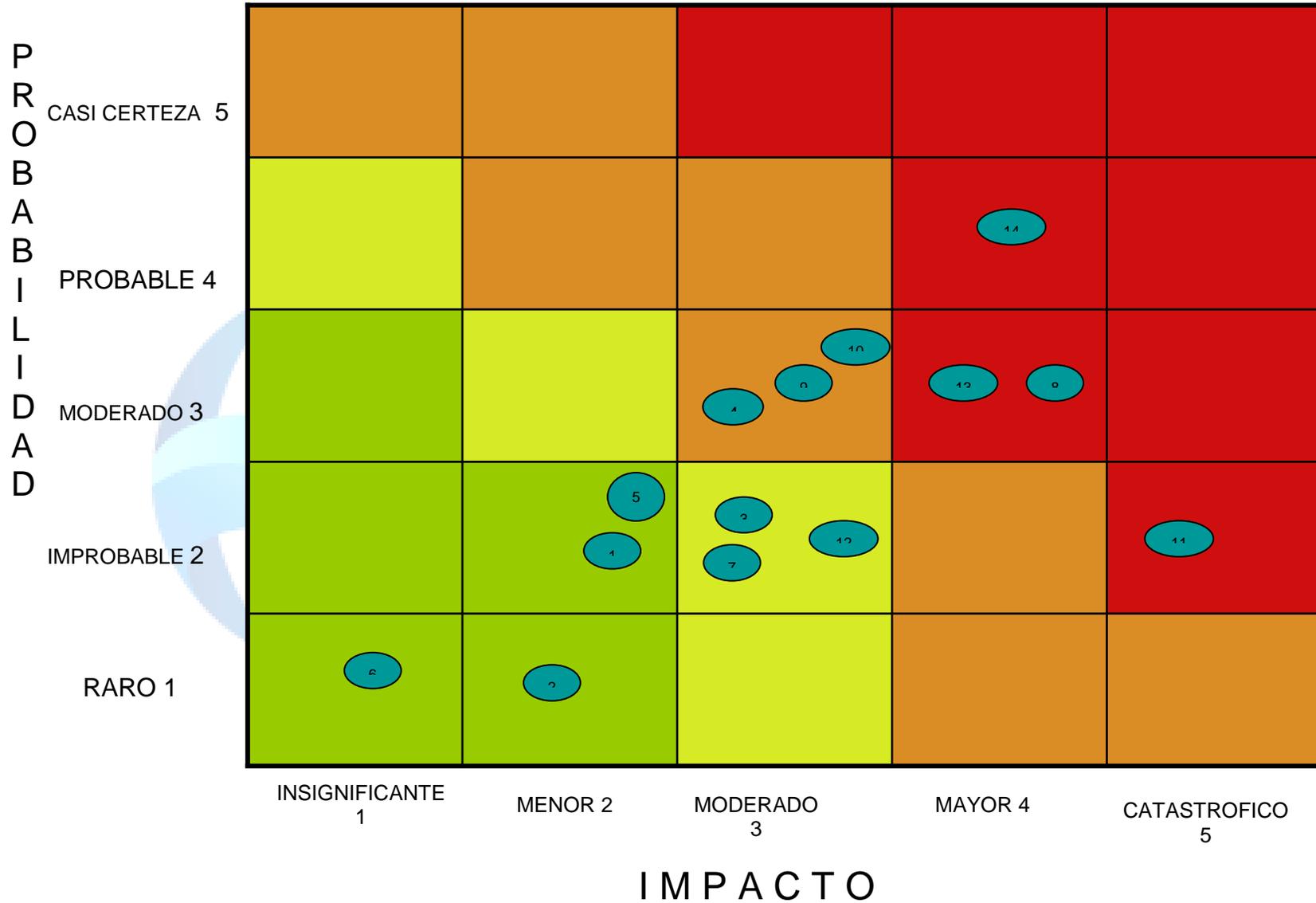
10. No se realizan planes de mejoramiento individual e institucional siguiendo las sugerencias de los órganos de control y evaluación internos y externos.	Se desconocen los procedimientos y formatos para llevar a cabo planes de mejoramiento individual en las áreas y/o dependencias, así como en los procesos donde se encontraron hallazgos.	Ausencia de acciones correctivas y preventivas que permiten el mejoramiento continuo.  Exposición a sanciones e investigaciones por los órganos de control.	3	3	Ninguno	ALTO (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)	Formular, ejecutar y hacer seguimiento y evaluación a los planes de mejoramiento individual e institucional de acuerdo a los hallazgos encontrados	Oficina de control interno	Febrero - Diciembre	Porcentaje de avance de los planes de mejoramiento
11. Falta de promoción de la cultura de autocontrol	Inexistencia de un autocontrol adecuado por parte de los funcionarios y empleados de la Entidad.	Ineficiencia en el resultado de las labores.	5	2	funcionarios hacen la verificación y control en los procesos de la Entidad, asesoría, presentación de informes y seguimiento de los diferentes Planes  Implementación Mecy Pamec	ALTO (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)	Realización de actividades de sensibilización.  Promoción y difusión del Código de Ética y ejecución de actividades previstas en el Manual de Gestión Ética.	Oficina de Control Interno	Febrero - Diciembre	No. de funcionarios sensibilizados Total de sensibilizaciones
12. Información Parcial	Desconocimiento de toda la información que se produce en la Entidad.	Deficiente asesoría en materia de información a la alta dirección.	3	2	Implementación del Pamec y del Modelo Estándar de Control Interno, de acuerdo con la Ley	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Implementación de Pamec y MECI	Oficina Control Interno – Jefes de Dependencias	Mensual	Porcentaje de avance en la implementación de los dos modelos

13. Desconocimiento del papel de la oficina de control interno en dependencias y funcionarios.	Desinterés del personal frente a actividades programadas y organizadas por la oficina.	Apatía y falta de participación.  Dificultada para el ejercicio de sus funciones.	4	3	Actividades de socialización realizadas	ALTO	Difusión, socialización y sensibilización del rol de la oficina de CI en la entidad.	Oficina de Control Interno	Mensual	Actividades programadas / actividades realizadas
14. Ausencia de procedimientos para el control de Gestión.	No se cuentan con actividades identificadas y establecidas para llevar a cabo el control de gestión.	Pérdida de imagen institucional.  No se lleva a cabo la evaluación institucional que permita el mejoramiento continuo.	4	4	No existe	ALTO	Llevar a cabo el proceso de evaluación de la gestión institucional	Oficina de control interno	semestral	Procedimiento establecido.

E.S.E.



**HOSPITAL LOCAL DE  
PIEDECUESTA**  
*Trabajamos por tu salud*

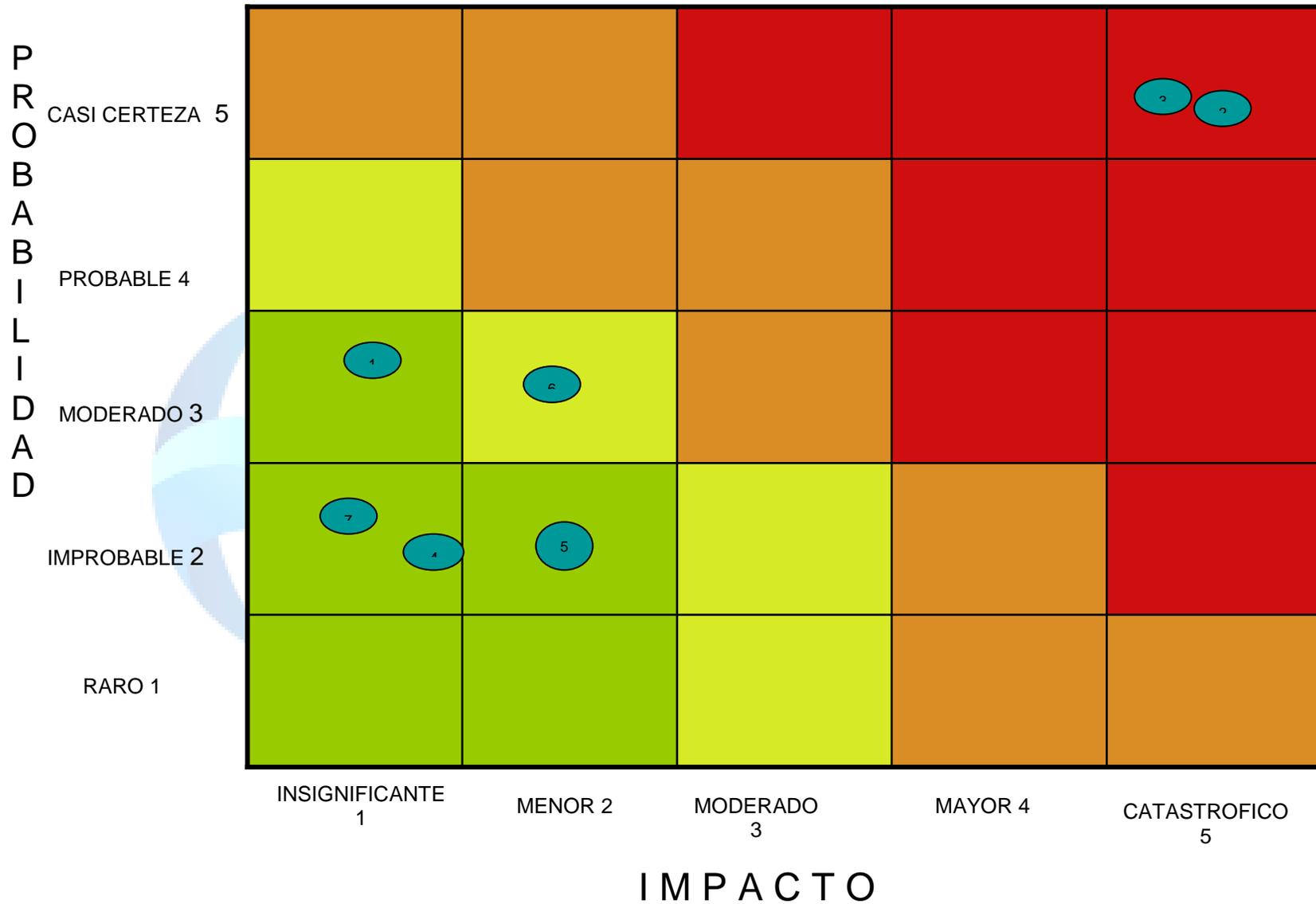


### 5.1.4 MAPA DE RIESGOS PROCESO CALIDAD

#### SUBPROCESO: GESTION LOGISTICA Y DE COMUNICACIONES

RIESGO	DESCRIPCIÓN	POSIBLES CONSECUENCIAS	IMPACTO	PROBABILIDAD	CONTROL EXISTENTE	NIVEL DE RIESGO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADORES
1. Falta de una estrategia de comunicación	La gerencia no muestra interés en que la información fluya a lo largo y ancho de la entidad	La falta de una estrategia gerencial frente a la comunicación, hace que cada instancia maneje la información a su acomodo.	1	3	Cartelera informativas y envío de circulares informativas.	<b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Ubicación de información en las cartelera de la entidad, reunión de comités.	Alta dirección	Diaria	Información socializada/información recibida
2. Carencia de un Plan de comunicación y medios que garantice y estimule la socialización de los resultados.	No existe un documento escrito que reúna las acciones y estrategias comunicativas a ejecutar.	Perdida de imagen institucional.  Posibles rumores que obstaculicen la confianza y transparencia en la ESE por parte de la comunidad Piedecuestna.	5	5	No existe	<b>EXTREMO</b>	Diseñar y ejecutar el Plan de Comunicación y Medios	Alta Dirección	Anual	Actividades programadas / actividades realizadas
3. No se han asignado roles y responsabilidades a un funcionario para que sea en encargado de ejercer el proceso de comunicación pública	No se ha designado la labor de comunicación publica a un funcionario responsable de su manejo y difusión al cliente interno y externo	Perdida de confianza y credibilidad en a ESE y sus actividades.  Desconocimiento de los planes programas, actividades y resultados obtenidos.	5	5	No existe	<b>EXTREMO</b>	Creación y puesta en marcha del proceso de comunicación pública organizacional	Área de Comunicaciones	Anual	Avance Plan anual de comunicaciones

4. Falta de transparencia	Existe la percepción de que la información divulgada es manipulada o acomodada por la gerencia.	No hay credibilidad en la honestidad gerencial frente a la información divulgada.	1	2	Elaboración de informes de rendición de cuentas y evaluación de la gestión	BAJO (Aceptar el riesgo)	Divulgación de los informes elaborados y de los resultados de las auditorías realizadas.	Alta Dirección y Control Interno	Febrero - Diciembre	Resultados obtenidos / metas programadas
5. Excesiva reserva	Las instancias gerenciales no permiten la divulgación de la información	Uso indebido o privilegiado de la información viola el derecho de la información	2	2	Procesos de comunicación y manejo de la información	BAJO (Aceptar el riesgo)	Difusión de la información a través de los medios de comunicación internos.	Alta Dirección	Diaria	enviadas, o socializadas / Total comunicados
6. Desconocimiento de los medios informativos	Desconocimiento de los medios informativos institucionales por los funcionarios y grupos de interés.	Pérdida de imagen y credibilidad	2	3	Implementación del Pamec y del Modelo Estándar de Control Interno, de acuerdo con la Ley	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Implementación Pamec y Meci	Dirección - Oficina Control	Mensual	Porcentaje de avance en la implementación de los dos
7. Ineficacia de la función administrativa, debido a la violación sobre la reserva de la información	Difusión y filtración de información a terceros de carácter privado.	Pérdida de imagen y credibilidad institucional Inestabilidad empresarial	1	2	Control Interno Disciplinario. Control Interno Código de Ética	BAJO (Aceptar el riesgo)	Cumplimiento del Código de Ética y Buen Gobierno.	Dirección	Permanente	No Problemas presentados



## SUBPROCESO: EVALUACION DE LA CALIDAD

Este proceso es clave para el mejoramiento continuo ya que permite identificar aquellas áreas o dependencias donde se origina mayor insatisfacción al usuario por la prestación del servicio.

RIESGO	DESCRIPCIÓN	POSIBLES CONSECUENCIAS	IMPACTO	PROBABILIDAD	CONTROL EXISTENTE	NIVEL DE RIESGO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADORES
1. Tramitomanía	Se manejan demasiados pasos y papeleos en los procesos y procedimientos de atención al usuario	Ineficiencia e ineficacia en la gestión Vencimiento de términos en la respuesta oportuna a los usuarios Gastos excesivos de tiempo y otros recursos	1	1	Proceso identificado y documentado	BAJO (Aceptar el riesgo)	Difusión del procedimiento para recepción de quejas y reclamos	Oficina SIAU	Permanente	Quejas recibidas
2. Falta de espacios y escenarios para la participación ciudadana	No existe un acercamiento y correlación entre el usuario y la entidad	Pérdida de la credibilidad por parte de la comunidad	1	2	Comité de usuarios	BAJO (Aceptar el riesgo)	Actividades de participación ciudadana	Oficina SIAU	Permanente	Actividades realizadas / actividades programadas

3. La oficina SIAU no está abierta a todo momento para atención al público.	Cuando se llevan a cabo charlas y reuniones internas o externas se cierra la oficina SIAU.	<p>Perdida de imagen institucional.</p> <p>Se pierde la posibilidad de recepcionar quejas, sugerencias y reclamos que permiten mejorar la prestación del servicio.</p> <p>Insatisfacción del usuario</p>	1	2	Horario de atención al público	BAJO	<p>Ubicación de formatos para recepcionar quejas y reclamos en otra dependencia o en recepción.</p> <p>Asignación de una persona de reemplazo.</p>	Oficina SIAU	Permanente	Días y horas donde no hubo atención al público
4. No hay un adecuado manejo de los medios de comunicación para socializar los procedimientos para la solicitud de citas en otras entidades.	La oficina SIAU no emplea un formato sencillo para la recepción de Q y R, no se ubica visiblemente la información sobre los horarios y lugares de atención para obtener servicios con la red en salud.	<p>Perdida de imagen institucional</p> <p>Insatisfacción del usuario</p>	3	2	Suministro de Información de manera verbal	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Ubicación en carteleras y en formatos los horarios de atención en otras IPS y EPS	Oficina SIAU	Permanente	No de personas que solicitan esta información
5. No hay respuesta pronta y oportuna a los trámites de quejas y reclamos realizados.	Hay demora en la respuesta a los trámites de quejas y reclamos interpuestos por los usuarios.	<p>Perdida de imagen institucional</p> <p>Insatisfacción del usuario</p>	2	1	<p>Las solicitudes de quejas y reclamos son registradas en la oficina SIAU.</p> <p>Proceso de asesoría jurídica.</p>	BAJO (Aceptar el riesgo)	Respuesta escrita a las solicitudes hechas.	Oficina SIAU – O. Jurídica	Permanente	Fecha radicación de la queja / Fecha de envío de respuesta.

<p>6. No se lleva a cabo recepción de quejas, sugerencias y reclamos vía telefónica.</p>	<p>Los usuarios no tienen la posibilidad de vía telefónica resolver sus inquietudes y plantear sugerencias.</p> <p>Igualmente se hace difícil llevar a cabo encuestas de satisfacción por esta vía.</p>	<p>Perdida de imagen institucional</p>	3	3	No existe	ALTO	Ubicación de línea telefónica en la Oficina SIAU	Alta Dirección	Inmediatamente	Línea telefónica asignada
<p>7. Ausencia de participación ciudadana</p>	<p>No se estimula o se restringe la presencia de la ciudadanía o de comunidad en la vigilancia o acompañamiento de las actividades de la entidad</p>	<p>Los funcionarios o los particulares hacen uso indebido de los intereses o recursos de la entidad, aprovechando la falta de control ciudadano</p>	1	2	<p>Reglamentación Comité de Usuarios.</p> <p>Informes de Rendición de cuentas</p>	BAJO (Aceptar el riesgo)	<p>Rendición de cuentas.</p> <p>Participación en el comité de usuarios</p>	Dirección – Comité de Usuarios - SIAU	Febrero a Diciembre	Actividades realizadas / actividades programadas
<p>8. Evaluación y seguimiento de los trámites y procedimientos</p>	<p>Los riesgos y/o puntos críticos de los procedimientos no están identificados ni están acompañados de estrategias o indicadores de evaluación</p> <p>Se desconoce la relación entre los procedimientos internos y externos y no se ejerce control sobre los mismos</p> <p>Los procedimientos no son adoptados ni conocidos por lo que no son implementados o</p>	<p>No es posible identificar los errores causados por la mala administración de los que obedecen a actos contrarios a la ética del servidor público</p> <p>Se favorece el tráfico de influencias y el pacto entre</p>	3	2	<p>programación anual de auditorias</p> <p>Implementación Pamec y Mecí</p>	MODERADO O Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	<p>Divulgación y socialización de los procesos y procedimientos</p> <p>Difusión de los informes de resultados de las auditorias internas y externas.</p> <p>Formulación y ejecución del</p>	Dirección – Control Interno – Comité de Calidad	Enero - Diciembre	Auditorias realizadas / auditorias programadas. % avance en implementación de los sistemas

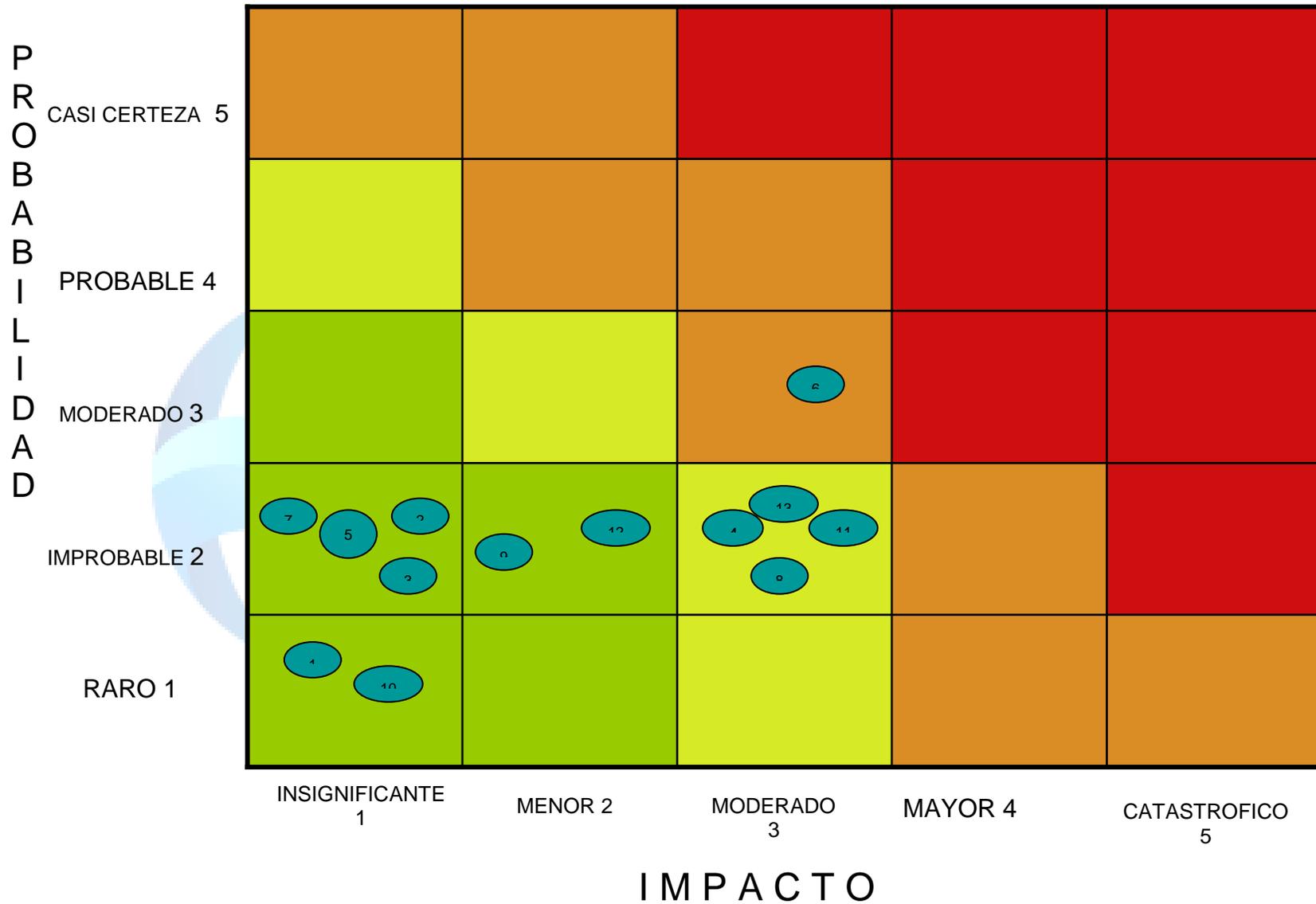
	están sujetos a modificaciones	<p>intereses particulares en desmedro de los bienes y recursos de la entidad</p> <p>Indiferencia frente a las finalidades que persiguen los procedimientos y/o indisposición de los servidores para ejecutarlos</p>					<b>plan de mejoramiento.</b>			
9. No se llevan estadísticas de producción y facturación que faciliten la toma de decisiones, y el control y seguimiento a la venta de servicios.	Las dependencias y procesos no entregan informes sobre el desarrollo mensual de sus actividades.	<p>Toma de decisiones erróneas.</p> <p>Vulnerabilidad de la planeación.</p> <p>Posibilidad de sanciones y aumento en el número de hallazgos en las auditorias externas.</p>	2	2	<p>Software de facturación.</p> <p>Informes entregados a Tesorería y Contabilidad</p>	<b>BAJO</b>	<p>Informes entregados a los entes de control.</p> <p>Informes de gestión realizados por la gerencia.</p>	Facturación - Sistemas - Contabilidad	Mensual	Informes entregados
10. Ausencia de participación ciudadana	No se estimula o se restringe la presencia de la ciudadanía o de comunidad en la vigilancia o acompañamiento de las actividades de la entidad	<p>Los funcionarios o los particulares hacen uso indebido de los intereses o recursos de la entidad, aprovechando la falta de control ciudadano</p>	1	2	<p>Reglamentación Comité de Usuarios.</p> <p>Informes de Rendición de cuentas</p>	<b>BAJO (Aceptar el riesgo)</b>	<p>Rendición de cuentas.</p> <p>Participación en el comité de usuarios</p>	Dirección - Comité de Usuarios - SIAU	Febrero a Diciembre	Actividades realizadas / actividades programadas

11. La Oficina SIAU no cuenta con los equipos tecnológicos necesarios para llevar a cabo su labor.	En la oficina SIAU no existe un software y hardware que le permita desempeñar su labor eficientemente.	Perdida de tiempo.  Desgaste administrativo	3	2	No existe	MODERADO	Actualizar los equipos de computo	Alta Dirección	Anual	Plan de mantenimiento
12. Es imposible comprobar la eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios.	No se cuenta con indicadores que generen una medición objetiva del avance en la producción y venta de servicios.	Toma de decisiones errónea.  Posibilidad de sanciones y amonestaciones por los entes de control	2	2	Indicadores de Ley.  Estadísticas de Producción y facturación	BAJO	Auditoria medica y auditoria interna	Auditoria Medica - CI	Mensual	Actividades de seguimiento y evaluación realizadas
13. Evaluación y seguimiento de los trámites y procedimientos	Los riesgos y/o puntos críticos de los procedimientos no están identificados ni están acompañados de estrategias o indicadores de evaluación Se desconoce la relación entre los procedimientos internos y externos y no se ejerce control sobre los mismos Los procedimientos no son adoptados ni conocidos por lo que no son implementados o están sujetos a constantes modificaciones	No es posible identificar los errores causados por la mala administración de los que obedecen a actos contrarios a la ética del servidor público  Se favorece el tráfico de influencias y el pacto entre intereses particulares en desmedro de los bienes y recursos de la entidad	3	2	Implementación Pamec y Mecí	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Divulgación y socialización de los procesos y procedimientos.  Difusión de los informes de resultados de las auditorias internas y externas.  Formulación y ejecución del plan de mejoramiento.	Dirección – Control Interno – Comité de Calidad	Enero - Diciembre	Auditorias realizadas / auditorias programadas. % avance en implementación de los sistemas

		Indiferencia frente a las finalidades que persiguen los procedimientos y/o indisposición de los servidores para ejecutarlos								
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--



**HOSPITAL LOCAL DE  
PIEDECUESTA**  
*Trabajamos por tu salud*



## **5.2 PROCESOS MISIONALES**

Comprende los procesos clínico – asistenciales cuyos procedimientos y actividades se basan en el contacto directo con el usuario y la prestación del portafolio de servicios, permitiendo a la ESE cumplir su misión y objetivos institucionales.

### **PROCESOS**

➤ ATENCIÓN AL USUARIO O PRESTACION DE SERVICIOS.

#### **Subprocesos:**

- Atención Médica: Consulta Externa.
- Atención de Enfermería: Pre consulta y P y P.
- Atención en Laboratorio Clínico y Rayos X (Apoyo Diagnóstico).
- Atención odontológica.
- Atención Médica Urgencias y observación.
- Atención Médica Hospitalización.

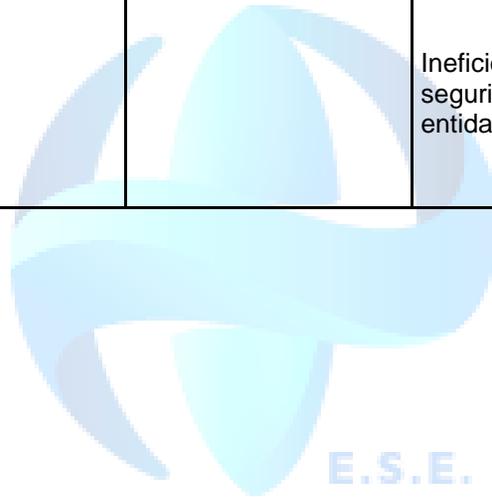
**HOSPITAL LOCAL DE  
PIEDECUESTA**  
*Trabajamos por tu salud*  
E.S.E.

### **5.2.1 MAPA DE RIESGOS SUBPROCESO ATENCION MÉDICA: CONSULTA EXTERNA**

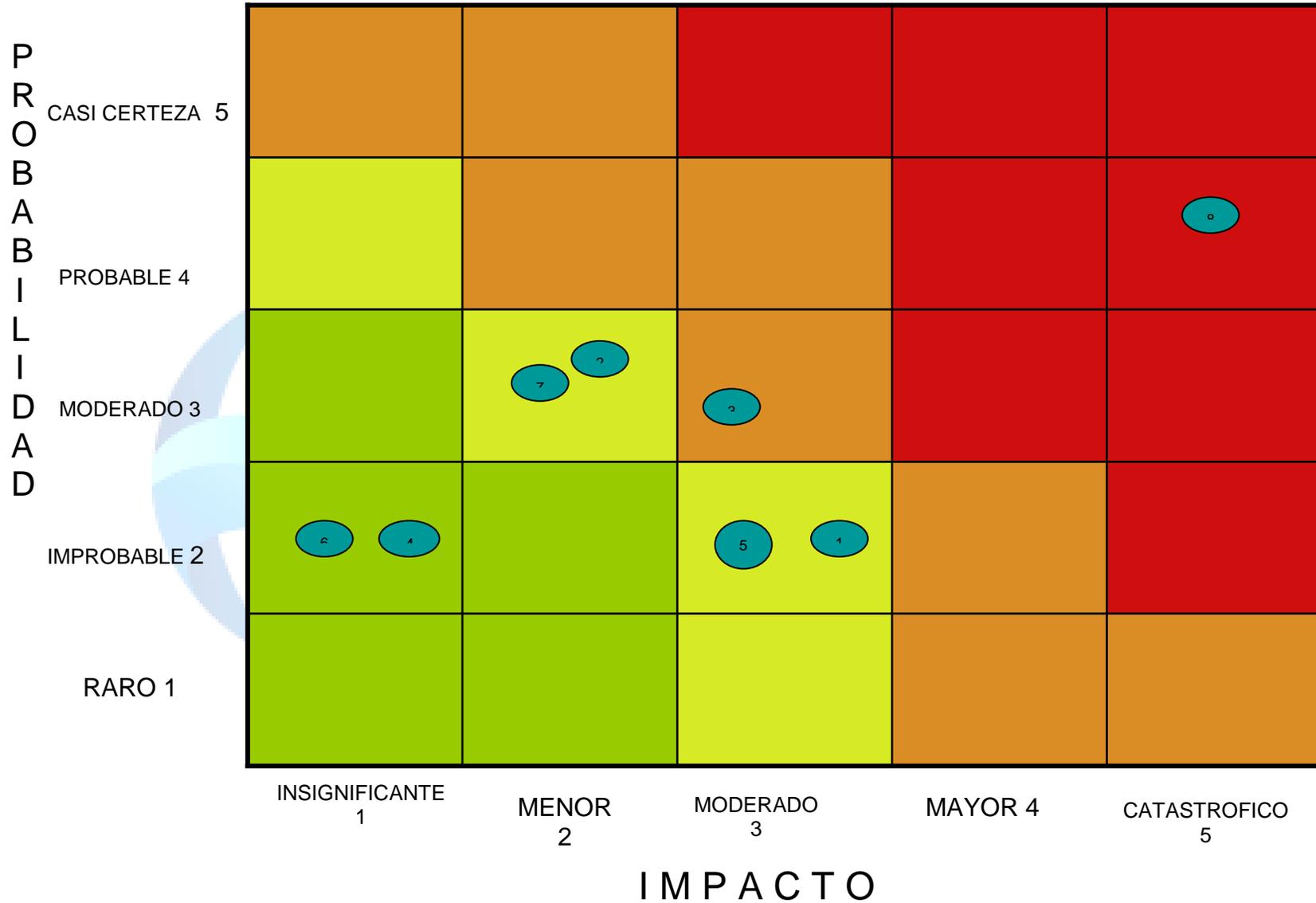
RIESGO	DESCRIPCIÓN	POSIBLES CONSECUENCIAS	IMPACTO	PROBABILIDAD	CONTROL EXISTENTE	NIVEL DE RIESGO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADORES
1. Incremento en el tiempo de atención	Por demoras en la atención a un paciente o por la impuntualidad del mismo.	Se produce demora en la recepción a los usuarios y el incumplimiento en el cronograma de atención. Pérdida de imagen pública.	3	2	Tiempos de atención de 15 minutos por pacientes,  Cronograma de citas.	MODERADO	Sensibilización y difusión de la puntualidad en la llegada.  Aplicación de sanciones por incumplimiento a pacientes.	Coordinación Médica - Facturación	Diaria	No de citas impuntuales / Total citas
2. Falta de la Historia Clínica del paciente	La Historia clínica no fue remitida oportunamente a la recepción de consulta externa.	No se tiene en cuenta el antecedente médico del paciente lo cual impide correlacionar la sintomatología con las anteriores.	2	3	Proceso de solicitud de historias clínicas Resolución 1995/ 99 (Normas historia clínica)	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Las historias clínicas de lo pacientes de consulta externa son seleccionadas un día antes.	Archivo - Estadística	Diaria	Historias clínicas entregada / Historias clínicas solicitadas
3. Ausencia de procedimientos debidamente establecidos o formalizados	Los procedimientos y los métodos para ejecutarlos no son conocidos, no están definidos en manuales; se improvisan las condiciones y criterios decisión.	No hay procedimientos documentados que faciliten la operación y desarrollo de las actividades	3	3	Pamec - Mecí  Manual de procesos y procedimientos	ALTO (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)	Socialización de los procesos y procedimientos por dependencias	Comité Calidad – Control Interno - Dirección	Enero - Diciembre	Porcentaje de avance en la implementación de los dos modelos
4. No hay acciones de seguimiento y evaluación	Se dificulta el seguimiento y evaluación de los factores que inciden sobre la eficacia y eficiencia.	No hay un proceso de retroalimentación ni mejoramiento continuo.	1	2	Solicitud de informes de resultados.  Auditoria Interna.  Auditoria	BAJO (Aceptar el riesgo)	Entrega de informes de resultados de gestión.  Plan de mejoramiento de acuerdo a	Coordinación Médica – Control	Diaria	Avance del Plan de Mejoramiento.

					Médica		los hallazgos encontrados			
5. Baja capacidad tecnológica	No se han incorporado desarrollos tecnológicos para responder a los requerimientos, exigencias, objetivos y compromisos adquiridos por la entidad.	Incide en el procedimiento y calidad de la información, en la agilidad, costos y credibilidad en cuanto a los procedimientos y seguridad de los mismos. Se afecta la competitividad de la entidad	3	2	Hojas de vida de cada uno de los equipos de computo y biomédicos  Plan de Compras	<b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Adquisición de equipos modernos *mantenimiento preventivo de los equipos actuales con que cuenta la entidad Actualización inmediata de bases de datos	Jefe Almacén – Jefe Mantenimiento	Permanente	No de equipos adquiridos recientemente / No total de equipos
6. Injerencia de la estructura de poder organizacional	Connivencia entre los altos funcionarios de la entidad para la alteración o cambios frecuentes o coyunturales en los procedimientos. La finalidad y forma de los procedimientos puede ser alterada sin dar lugar a sanciones en virtud del poder que confiere un alto cargo	Permite la toma de decisiones amarradas a intereses económicos, políticos, de status o de grupo dentro de una entidad. Se afecta la agilidad, costos, imagen, confianza y credibilidad en las decisiones y actos administrativos y financieros.	1	2	Manual de procesos y procedimientos.  Manual de funciones.  Actividades establecidas en las OPS	<b>BAJO</b> (Aceptar el riesgo)	Identificación de procesos y procedimientos	Área de Consulta Externa	Diario	No de funcionarios capacitados / No Total de capacitaciones
7. Mala calidad del servicio	Posibilidad de prestar servicios de salud en forma no oportuna, eficiente y eficaz.	La ESE no responder a la satisfacción de los usuarios, afectando así la	3	2	Procedimiento de Atención a quejas y reclamos	<b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Socialización sobre los deberes y derechos en salud. Divulgación de las funciones de la oficina	Oficina SIAU	Diario	Quejas y respuestas / Quejas recibidas. Nivel de satisfacción de los usuarios

		competitividad de la entidad en el entorno					SIAU			
8. Inseguridad en los consultorios médicos y en el área de consulta externa	Hurto de aparatos e instrumentos médicos ubicados en los consultorios.	Gastos no previstos por reposición de equipos.  Ineficiencia en los niveles de seguridad dentro de la entidad.	5	4	Vigilancia Privada	EXTREMO	Aumentar la seguridad y vigilancia en la zona.  Cambiar y ajustar las chapas de las puertas.	Alta Dirección	Permanente	Robos efectuados al mes



**HOSPITAL LOCAL DE  
PIEDECUESTA**  
Trabajamos por tu salud

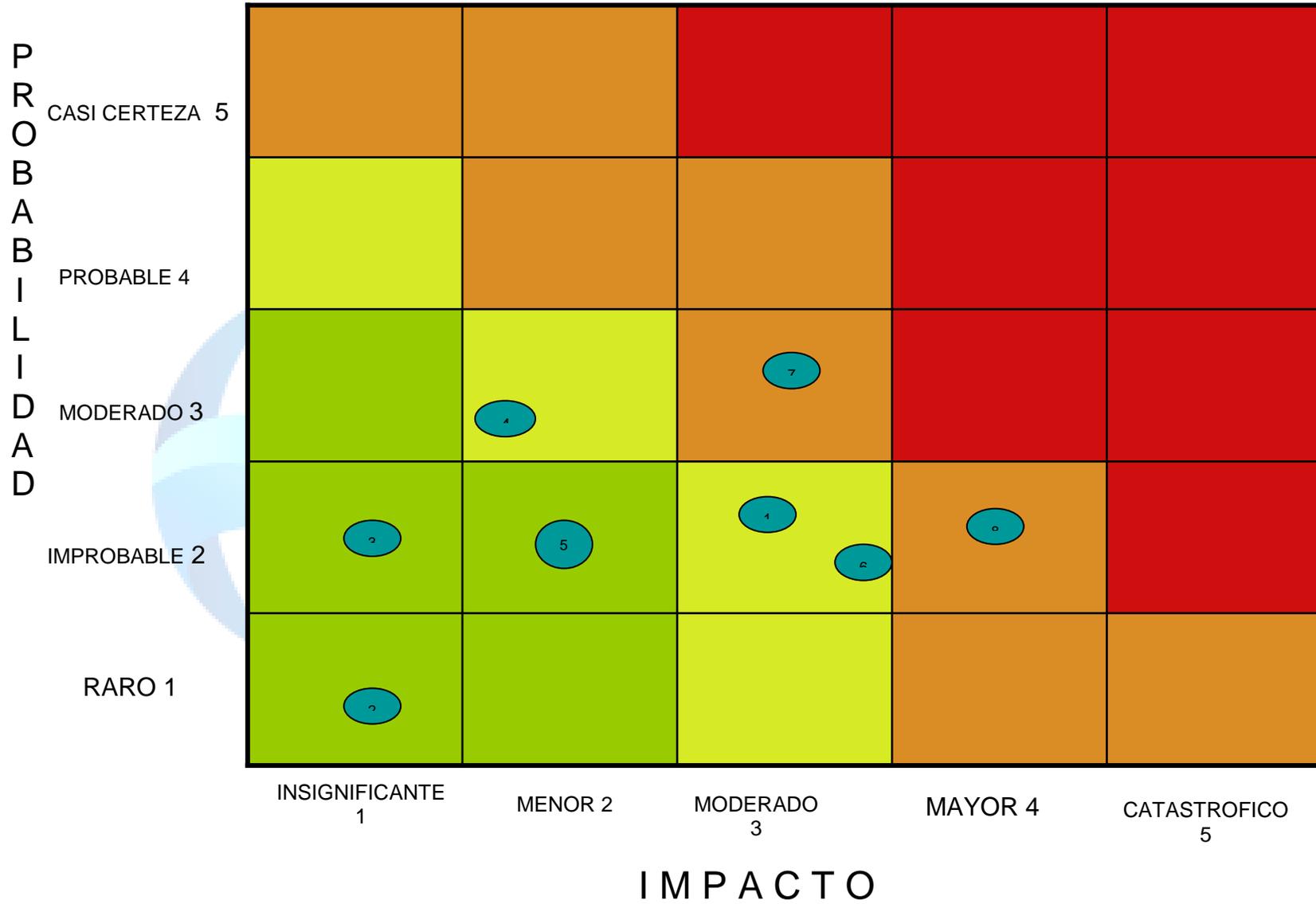


### 5.2.3 MAPA DE RIESGOS SUBPROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: PRE CONSULTA Y P Y P.

RIESGO	DESCRIPCIÓN	POSIBLES CONSECUENCIAS	IMPACTO	PROBABILIDAD	CONTROL EXISTENTE	NIVEL DE RIESGO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADORES
1. Insatisfacción de la comunidad	El incumplimiento de los planes y programaciones y la falta de oportuna dotación y otros apoyos para desarrollar las actividades por parte del área administrativa y financiera y de la alta dirección.	Desmotivación. Falta de compromiso Reducción de la identidad misional	3	2	Plan de atención Básica. Plan de Desarrollo Institucional.	<b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Asignación presupuestal. Compromiso de la alta dirección. Actividades de comunicación y difusión de metas y objetivos.	Oficina P y P – Coordinación Médica	Trimestral	Actividades realizadas / actividades programadas
2. Reacciones post vacunales	Técnica y procedimientos inadecuados en la administración de vacunas	Problemas de salud en pacientes. Exposición a demandas legales.	1	1	Recomendaciones escritas	<b>BAJO (Aceptar el riesgo)</b>	Difusión de las recomendaciones y sugerencias para el cuidado del paciente y manejo de reacciones.	Oficina P y P	Permanente	No de Pacientes con reacción
3. Infección en la aplicación de métodos de planificación	Técnica y procedimientos inadecuados	Problemas de salud en pacientes. Exposición a demandas legales	1	2	Recomendaciones escritas	<b>BAJO (Aceptar el riesgo)</b>	Difusión de las recomendaciones y sugerencias	Oficina P y P	Permanente	No de Pacientes con reacción

4. Escasa promoción y manejo de información técnica y especializada por el personal	No se informa al paciente y usuario sobre como realizar prácticas y estilos de vida saludables	No hay un cambio en la cultura de la comunidad.  No se genera un impacto positivo a través de las acciones realizadas.	2	3	Capacitación al personal	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Realización de encuentros con la comunidad y actividades extramurales	Oficina P y P	Permanente	Actividades realizadas / actividades planeadas
5. No se identifican factores de riesgo para el individuo o comunidad que determinen la aparición de enfermedades	Los programas no se direccionan de manera adecuada.  Los formatos de recolección de información son inadecuados.  La información recolectada no es veraz.  El personal no cuenta con el conocimiento de los procedimientos para llevar a cabo las actividades.	Incumplimiento en las metas y objetivos sociales e institucionales.	2	2	Plan de atención Básica.  Población identificada.	BAJO (Aceptar el riesgo)	Actividades extramurales  Empleo de equipo adecuado a las necesidades de las actividades.  Realización de actividades de identificación de enfermedades y sintomatologías	Oficina P y P – Coor. Médica	Enero - Diciembre	Factores de riesgo identificados.  Informes de actividades.
6. No se socializan, aplican y conocen normas de Bioseguridad, higiene y seguridad laboral.	El manejo de pacientes crónicos y con enfermedades infectocontagiosas se realiza de manera descuidada y peligrosa.  Las normas de bioseguridad no se encuentran en lugares visibles.	Peligro en la seguridad de los funcionarios y comunidad en general.	3	2	Charlas del COVE	MODERADO	Socialización de las normas y del reglamento en los programas de inducción y reinducción.  Jornadas de capacitación.	Coordinación Médica – Oficina Talento Humano	Permanente	No de funcionarios capacitados / No total de capacitaciones

7. Afectación del recurso humano por vulnerabilidad de su integridad	Manejo de pacientes y familiares que se encuentran en un alto nivel de estrés, angustia y descontrol emocional	Actos de violencia al personal medico, asistencial y operativo de la dependencia	3	3	Vigilancia privada – Apoyo de la policía en actividades externas	ALTO (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)	Realizar acciones de cultura ciudadana y no violencia en correspondencia con las empresas contratantes	Dirección – Jefe de Talento Humano	Permanente	No de casos de agresiones reportadas
8. Las bases de datos de la población objetivo de los planes de promoción y prevención se encuentran sobre diagnosticados.	Las bases de datos de la población objetivo no corresponden a la realidad.  El acceso a la población objetivo dificulta la realización y el logro de los objetivos y metas.	Incumplimiento en las metas propuestas.	4	2	Bases de datos Aplicativo on line	ALTO (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)	Zonificar la población.  Solicitar la actualización de datos de la población objetivo	Sistemas – Coordinación Médica	Permanente	No de casos reportados.



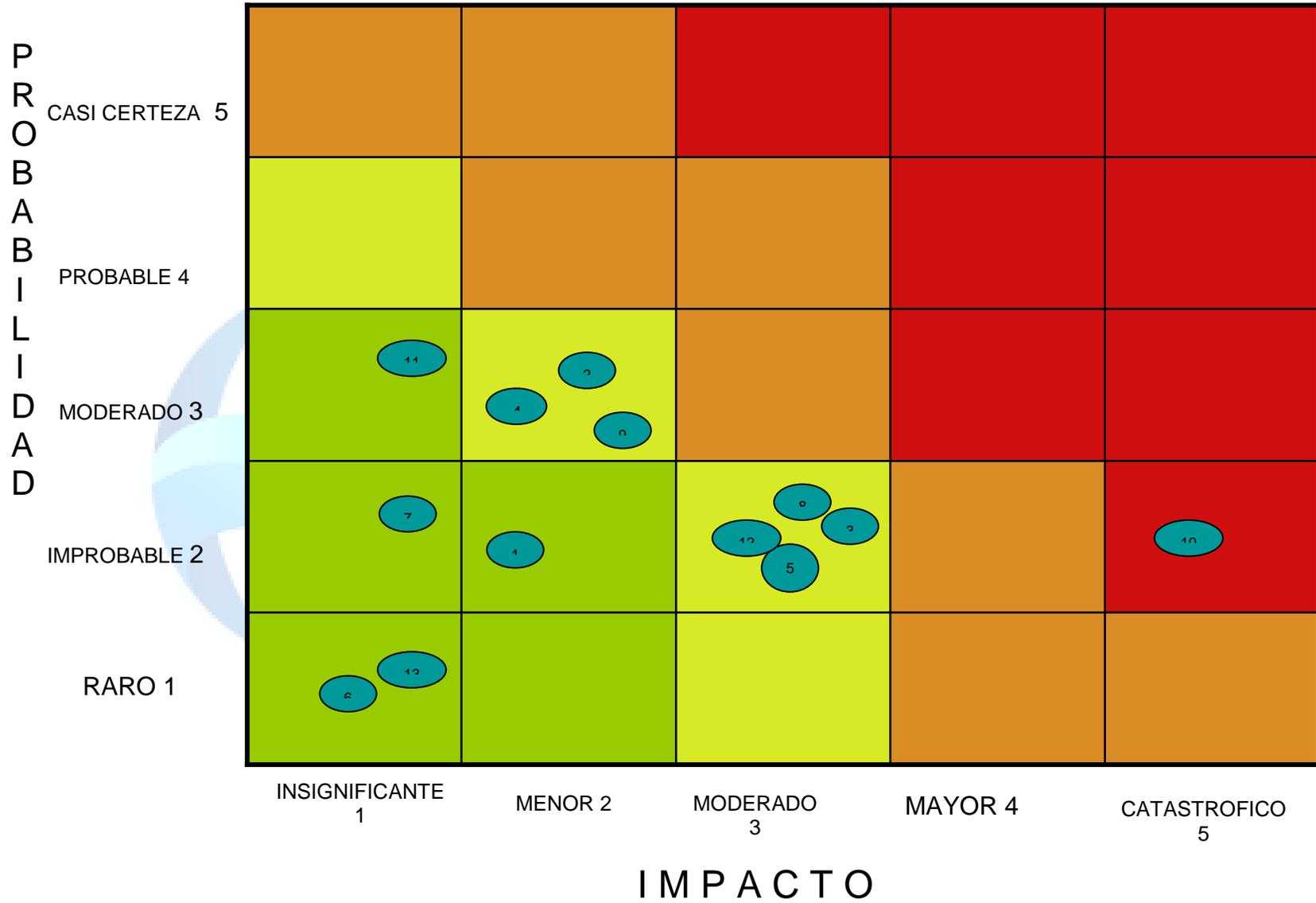
### 5.2.4 MAPA DE RIESGOS SUBPROCESO ATENCIÓN EN LABORATORIO CLÍNICO Y RAYOS X.

RIESGO	DESCRIPCIÓN	POSIBLES CONSECUENCIAS	IMPACTO	PROBABILIDAD	CONTROL EXISTENTE	NIVEL DE RIESGO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADORES
1. Ubicación del Laboratorio	La presencia dentro del laboratorio de la entidad de elementos inflamables /explosivos potencia riesgos y amenazas físicas y humanas	Accidentes humanos por sustancias inflamables  Riesgos físicos a las instalaciones por explosiones  Amenazas por sustancias corrosivas	2	2	contratación del servicio de Laboratorio	<b>BAJO</b> (Aceptar el riesgo)	Manejo de materiales y sustancias siguiendo las indicaciones del proveedor y profesionales encargados	Laboratorio Clínico	Permanente	Medidas de seguridad ejecutadas
2. Exposición a radiaciones por parte del profesional.	Se cuenta con los mecanismos de protección requeridos.  El profesional no usa los mecanismos de protección.	Se afecta la calidad de vida del profesional.	2	3	Uso del Decímetro de placa.	<b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Concientizar al Radiólogo en el uso permanente del Decímetro de Placa Supervisión y control de su uso  Rotación del personal para asignarle tiempos de descanso.	Jefe de Talento Humano - Radiología	Permanente	Tiempo de uso del Decímetro de Placa. No de Inspecciones Realizadas

3. Falla en los equipos biomédicos.	Los equipos biomédicos no funcionan correctamente.	Demora en la prestación del servicio.  Disminuye la vida útil de la maquina.	3	2	Solicitud de mantenimiento preventivo.  Plan de mantenimiento  Planilla de supervisión de trabajos	<b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Verificación diaria de la planilla de solicitud de mantenimiento Cruce diario de ordenes de trabajo cumplidas con planilla de solicitud y programada de mantenimiento	Ingeniero Biomédico – Coordinación Médica	Permanente	No de solicitudes realizadas / No solicitudes recibidas.
4. Deficiencia en las placas para tomas las radiografías	Los equipos están deteriorados  Se producen cambios en los conductos eléctricos.	Producto final no conforme a los requerimientos de calidad.	2	3	Realizar mantenimiento preventivo y correctivo.  Registro de la vida útil del equipo	<b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Diligenciar la planilla de solicitud de mantenimiento Cruce diario de ordenes de trabajo cumplidas con planilla de solicitud y programa de mantenimiento	Radiología – Ingeniero Biomédico	Permanente	Acciones correctivas o preventivas realizadas.
5. Incremento en el tiempo de atención	Ya sea por problemas técnicos, procedimentales o por el la puntualidad del paciente o su estado de animo.	Insatisfacción del cliente.  Pérdida de Imagen institucional.	3	2	Cronograma de citas.  Orden de solicitud de exámenes.	<b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Sensibilización y difusión de la puntualidad en la llegada. Aplicación de sanciones por incumplimiento a pacientes.	Dependencias de apoyo diagnóstico	Diaria	No de citas impuntuales / Total citas

6. Resultados intercambiados entre pacientes	Mal registro de los datos.  Incorrecta ubicación de las muestras o placas radiográficas.	Insatisfacción del cliente.  Pérdida de Imagen institucional	1	1	Identificación de las muestras por nombre y código.  Registro de la orden y No de examen	<b>BAJO</b> (Aceptar el riesgo)	Identificar de manera clara las muestras.  Cada profesional se responsabiliza de su paciente y del diligenciamiento de los formatos.	Dependencias de apoyo diagnóstico	Diaria	Errores en la asignación de resultados / Total resultados entregados
7. Se realizan exámenes no solicitados	Cambio en las formulas.  Falta de atención del personal de la dependencia.	Costos financieros.  Ineficiencia operativa.	1	2	Orden de solicitud del examen.	<b>BAJO</b> (Aceptar el riesgo)	Identificación del tipo de examen y de la orden dada por el médico.	Dependencias de apoyo diagnóstico	Diaria	Exámenes no solicitados / Exámenes realizados
8. Falta un manejo adecuado y documentado de la información y estadísticas generadas por las dependencias.	Demora en la generación de informes de producción y estadísticas.	Escasa capacidad de respuesta ante los órganos de control internos y externos.  No se cuenta con información veraz en tiempo real.	3	2	Implementación del Pamec, Mecí y Tablas de retención documental	<b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Etapas y fases de implementación	Archivo - Estadística	Diario	Procesos documentados y estandarizados.
9. Afectación del recurso humano por vulnerabilidad de su integridad	Manejo de pacientes y familiares que se encuentran en un alto nivel de estrés, angustia y descontrol emocional	Actos de violencia al personal medico, asistencial y operativo de la dependencia	2	3	Vigilancia privada	<b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Realizar acciones de cultura ciudadana y no violencia en correspondencia con las empresas contratantes	Dirección – Jefe de Talento Humano	Permanente	No de casos de agresiones reportadas

10. No se socializan, aplican y/o conocen normas de Bioseguridad, higiene y seguridad laboral.	El manejo de pacientes crónicos y con enfermedades infectocontagiosas se realiza de manera descuidada y peligrosa.  Las normas de bioseguridad no se encuentran en lugares visibles.	Peligro en la seguridad de los funcionarios y comunidad en general.	5	2	Charlas del COVE	<b>ALTO</b> (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)	Socialización de las normas y del reglamento en los programas de inducción y reinducción.  Jornadas de capacitación.	Coordinación Médica – Oficina Talento Humano	Permanente	No de funcionarios capacitados / No total de capacitaciones
11. No se cuenta con los instrumentos de protección adecuados para garantizar los procedimientos y la seguridad del funcionario.	Los funcionarios emplean instrumentos obsoletos y que no garantizan la calidad en la atención, prevención y diagnóstico.	Insatisfacción del cliente.  Pérdida de Imagen institucional  Se pone en riesgo la salud del paciente y del funcionario.	1	3	Ordenes de pedido – Diagnostico de necesidades operativas	<b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Suministrar los elementos básicos de protección	Almacén – Coor. Médica	Permanente	Instrumentos de protección entregados / instrumentos solicitados
12. Mala calidad del servicio	Posibilidad de prestar servicios de salud en forma no oportuna, sin integralidad, poniendo en riesgo la seguridad del paciente.	La ESE no responder a la satisfacción de los usuarios, afectando así la competitividad de la entidad en el entorno	3	2	Procedimiento de Atención a quejas y reclamos	<b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	<b>Socialización sobre los deberes y derechos en salud. Divulgación de las funciones de la oficina SIAU</b>	Oficina SIAU	Diario	Quejas r respondidas / Quejas recibidas. Nivel de satisfacción de los usuarios.
13. Excesiva rotación de personal	El talento humano de estas dependencias es rotado y cambiados frecuentemente.	No hay continuidad en los procesos.  Talento humano con escaso sentido de pertenencia e identidad.	1	1	Contratos de Prestación de Servicio.  Hoja de vida laboral.	<b>BAJO</b> (Aceptar el riesgo)	Seguimiento y control a las labores del personal y su tiempo de servicio. Diagnostico del clima laboral	Oficina de Talento Humano	Enero - Diciembre Personal contratado y tiempo de servicio	



### 5.2.5 MAPA DE RIESGOS SUBPROCESO ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

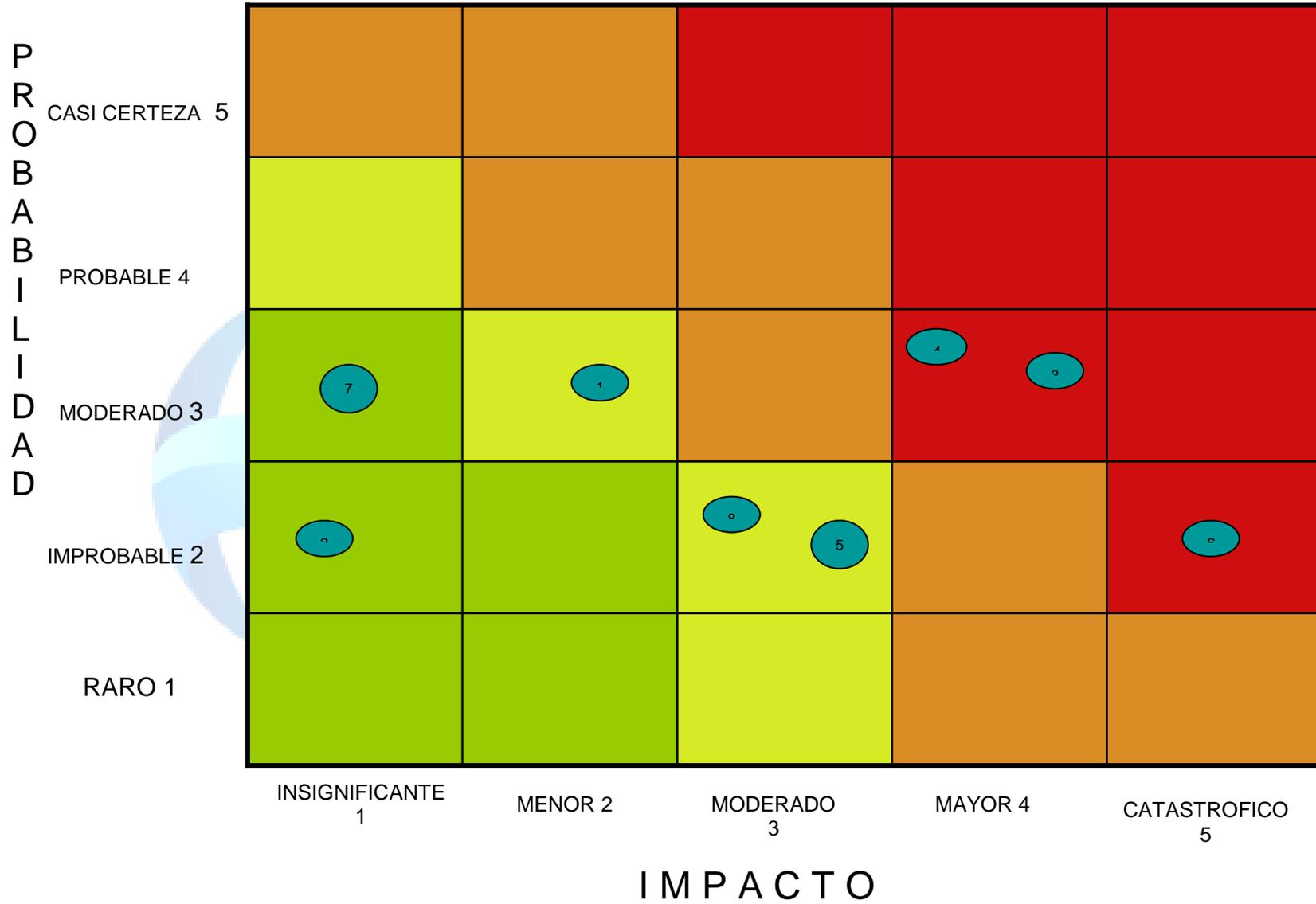
RIESGO	DESCRIPCIÓN	POSIBLES CONSECUENCIAS	IMPACTO	PROBABILIDAD	CONTROL EXISTENTE	NIVEL DE RIESGO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADORES
1. Infecciones derivadas de los procedimientos realizados.	No se contaba con Instrumental esterilizado  El paciente no sigue las recomendaciones del doctor.	Deficiencia en calidad de vida del paciente.  Posibilidad de procesos jurídicos.	2	3	Recomendaciones escritas	<b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Recomendaciones escritas y verbales al paciente	Odontólogos	Permanente	No de pacientes con complicaciones / No total de pacientes
2. Complicaciones inmediatas en la realización de los procedimientos	El diagnóstico del paciente no fue acertado y el proceso realizado se complica.	Daños en la cavidad bucal y oral del paciente.	1	2	Identificación de causas y síntomas	<b>BAJO</b> (Aceptar el riesgo)	Establecer Procedimientos de urgencias en caso de complicaciones	Odontólogos	Permanente	No pacientes con complicaciones / Total Pacientes
3. Afectación del recurso humano por vulnerabilidad de su integridad,	Manejo de pacientes y familiares que se encuentran en un alto nivel de estrés, angustia y descontrol emocional.	Actos de violencia al personal médico, asistencial y operativo de la dependencia.	4	3	Vigilancia privada	<b>ALTO</b> (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)	Realizar acciones de cultura ciudadana y no violencia en correspondencia con las empresas contratantes	Dirección - Jefe de Talento Humano	Permanente	No de casos de agresiones reportadas
4. Incremento en el tiempo de atención	Hay complicaciones en el procedimiento realizado.  El paciente llega tarde a la cita.	Se produce demora en el cronograma de atención planificado.	4	3	Tiempos de atención de 25 a 30 minutos por paciente,  Cronograma de citas.	<b>ALTO</b> (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)	Sensibilización y difusión de la puntualidad en la llegada.  Aplicación de sanciones por incumplimiento a pacientes.	Coordinación Médica - Facturación	Diaria	No de citas impuntuales / Total citas

5. Falla en los equipos biomédicos.	Los equipos biomédicos no funcionan correctamente y se genera ruido que afecta la salud del paciente y del profesional.  No se realiza mantenimiento a los equipos.	Demora en la prestación del servicio.  Disminuye la vida útil de la maquina.	3	2	Solicitud de mantenimiento preventivo.  Plan de mantenimiento.  Planilla de supervisión de trabajos	<b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Verificación diaria de la planilla de solicitud de mantenimiento Cruce diario de ordenes de trabajo cumplidas con planilla de solicitud y programada de mantenimiento	Odontólogos – Ingeniero Biomédico	Permanente	No de solicitudes realizadas / No solicitudes recibidas.
6. No se socializan, aplican y conocen normas de Bioseguridad, higiene y seguridad laboral.	El manejo de pacientes crónicos y con enfermedades infectocontagiosas se realiza de manera descuidada y peligrosa.  Las normas de bioseguridad no se encuentran en lugares visibles.	Peligro en la seguridad de los funcionarios y comunidad en general.	5	2	Charlas del COVE	<b>ALTO</b> (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)	Socialización de las normas y del reglamento en los programas de inducción y reinducción.  Jornadas de capacitación.	Coordinación Médica – Oficina Talento Humano	Permanente	No de funcionarios capacitados / No total de capacitaciones
7. No se cuenta con los instrumentos de protección adecuados para garantizar los procedimientos y la seguridad del funcionario.	Los funcionarios emplean instrumentos obsoletos y que no garantizan la calidad en la atención, prevención y diagnóstico.	Insatisfacción del cliente.  Pérdida de Imagen institucional  Se pone en riesgo la salud del paciente y del funcionario.	1	3	Ordenes de pedido – Diagnostico de necesidades operativas	<b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Suministrar los elementos básicos de protección	Almacén – Coor. Médica	Permanente	Instrumentos de protección entregados / instrumentos solicitados

8. Mala calidad del servicio	Posibilidad de prestar servicios de salud en forma no oportuna, sin integralidad, poniendo en riesgo la seguridad del paciente.	La ESE no responder a la satisfacción de los usuarios, afectando así la competitividad de la entidad en el entorno	3	2	Procedimiento de Atención a quejas y reclamos	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Socialización sobre los deberes y derechos en salud. Divulgación de las funciones de la oficina SIAU	Oficina SIAU	Diario	Quejas r respondidas / Quejas recibidas.	Nivel de satisfacción de los usuarios
------------------------------	---	--	---	---	---	---	---	--------------	--------	--	---------------------------------------



**HOSPITAL LOCAL DE  
PIEDECUESTA**  
Trabajamos por tu salud



## 5.2.6 MAPA DE RIESGOS SUBPROCESO ATENCIÓN MEDICA URGENCIAS Y OBSERVACIÓN.

RIESGO	DESCRIPCIÓN	POSIBLES CONSECUENCIAS	IMPACTO	PROBABILIDAD	CONTROL EXISTENTE	NIVEL DE RIESGO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADORES
1. Incremento en el tiempo de atención	Dependen de la prioridad de la urgencia	No se brinda una atención oportuna a otros casos de igual prioridad.	3	2	Depende de la Urgencia. Priorización de casos según triage.	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Clasificación de la urgencia según Triage.	Área urgencias	Permanente	No de urgencias atendidas / Total casos reportados
2. Mortalidad	Pacientes que llegan en estado de gravedad y mueren antes de ser atendidos.	Demandas por incompetencia y falta de atención oportuna.	2	2	Priorización de casos según triage.	BAJO (Acepta el riesgo)	Proceso de recepción y atención de casos prioritarios	Área urgencias	Permanente	No de fallecimientos / Total casos atendidos
3. Afectación del recurso humano por vulnerabilidad de su integridad,	Manejo de pacientes y familiares que se encuentran en un alto nivel de estrés, angustia y descontrol emocional.	Actos de violencia al personal medico, asistencial y operativo de la dependencia.	4	3	Vigilancia privada – Apoyo de la Policía	ALTO (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)	Realizar convenio con la policía para que brinde una presencia permanente, principalmente en la noche	Dirección – Jefe de Talento Humano	Permanente	No de casos de agresiones reportadas
4. Baja capacidad tecnológica	No se han incorporado desarrollos tecnológicos para responder a los requerimientos, exigencias, objetivos y	Incapacidad para llevar a cabo los procedimientos básicos necesarios para atender al paciente.	3	2	Hojas de vida de cada uno de los equipos de computo y biomédicos	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el	Adquisición de equipos modernos *mantenimiento preventivo de los equipos actuales con	Jefe Almacén – Jefe Mantenimiento	Permanente	No de equipos adquiridos recientemente / No reportados

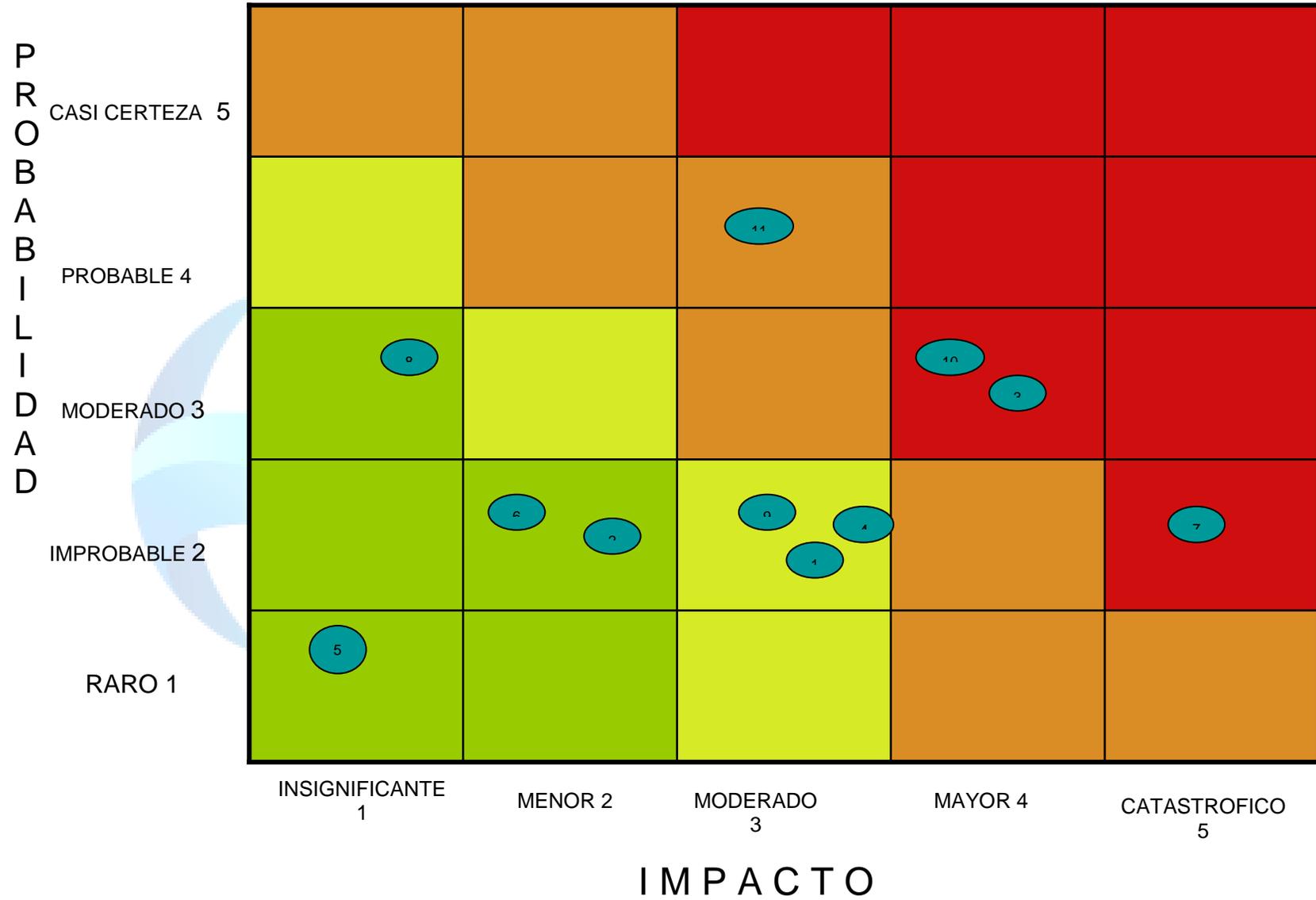
	compromisos adquiridos por la entidad.				Plan de Compras	riesgo	que cuenta la entidad Actualización inmediata de bases de datos			
5. Demora en la remisión y traslado de pacientes a otros centros.	No se produce la remisión y traslado del paciente de manera ágil y oportuna.	Actos legales y disciplinarios contra la entidad.  Falta de credibilidad e imagen positiva dentro de la comunidad.	1	1	Proceso de remisión.  Diligenciamiento de formatos.  Disponibilidad de conductores y ambulancia.	BAJO (Aceptar el riesgo)	Efectuar el procedimiento para remitir al paciente a otros centros  Trabajo en red con otros centros hospitalarios.	Coordinación urgencias	Diaria	No de casos remitidos / No Total de Pacientes
6. No se cuentan con los insumos y materiales oportunos	La dependencia no cuenta con los insumos y materiales necesarios para llevar a cabo sus actividades.	Demora en la atención al usuario.  Se pone en peligro la vida del paciente.	2	2	Diligenciamiento de la orden de solicitud de material médico quirúrgico.	BAJO (Aceptar el riesgo)	El almacenista y las auxiliares están monitoreando el inventario para abastecerlo de manera oportuna.  Llevar un registro sistematizado con fechas y cantidad.	Coordinación urgencias - Almacén	Enero - Diciembre	No de ordenes despachadas / No de ordenes remitidas
7. No se socializan, aplican y/o conocen las normas de Bioseguridad, higiene y seguridad laboral.	El manejo de pacientes crónicos y con enfermedades infectocontagiosas se realiza de manera descuidada y peligrosa.  Las normas de	Peligro en la seguridad de los funcionarios y comunidad en general.	5	2	Charlas del COVE	ALTO (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)	Socialización de las normas y del reglamento en los programas de inducción y reinducción.	Coordinación médica - Oficina Talento	Permanente	No de funcionarios capacitados / No total de capacitaciones

	bioseguridad no se encuentran en lugares visibles.						Jornadas de capacitación.		
8. No se cuenta con los instrumentos de protección adecuados para garantizar los procedimientos y la seguridad del funcionario.	Los funcionarios emplean instrumentos obsoletos y que no garantizan la calidad en la atención, prevención y diagnóstico.	Insatisfacción del cliente. Pérdida de Imagen institucional Se pone en riesgo la salud del paciente y del funcionario.	1	3	Ordenes de pedido – Diagnostico de necesidades operativas	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Suministrar los elementos básicos de protección	Almacén – Coord. Urgencias	Permanente Instrumentos de protección entregados / instrumentos solicitados
9. Mala calidad del servicio	Posibilidad de prestar servicios de salud en forma no oportuna, sin integralidad, poniendo en riesgo la seguridad del paciente.	La ESE no responder a la satisfacción de los usuarios, afectando así la competitividad de la entidad en el entorno	3	2	Procedimiento de Atención a quejas y reclamos	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Socialización sobre los deberes y derechos en salud. Divulgación de las funciones de la oficina SIAU	Oficina SIAU	Diario Quejas y respuestas / Quejas recibidas. Nivel de satisfacción de los usuarios
10. Los usuarios no hacen uso adecuado de los servicios de urgencias	Congestión con el servicio	Insatisfacción de los usuarios. Agresiones físicas y verbales a médicos y enfermeras.	4	3	Triaje realizado a los pacientes que requieren los servicios de urgencias	ALTO	Cultura al usuario y establecimiento de requisitos y condiciones para acceder al servicio de urgencias.	Sub. Operativa	Diario Principales causas de enfermedades ingresadas por urgencias

11. No hay control de los medicamentos utilizados los fines de semana	No hay correspondencia entre el inventario de medicamentos asignado y el reportado	Perdidas económicas.	3	4	Inventario de entrega de Farmacia	ALTO	Llevar a cabo registro minucioso de los medicamentos			
---	--	----------------------	---	---	-----------------------------------	------	--	--	--	--



**HOSPITAL LOCAL DE  
PIEDECUESTA**  
*Trabajamos por tu salud*

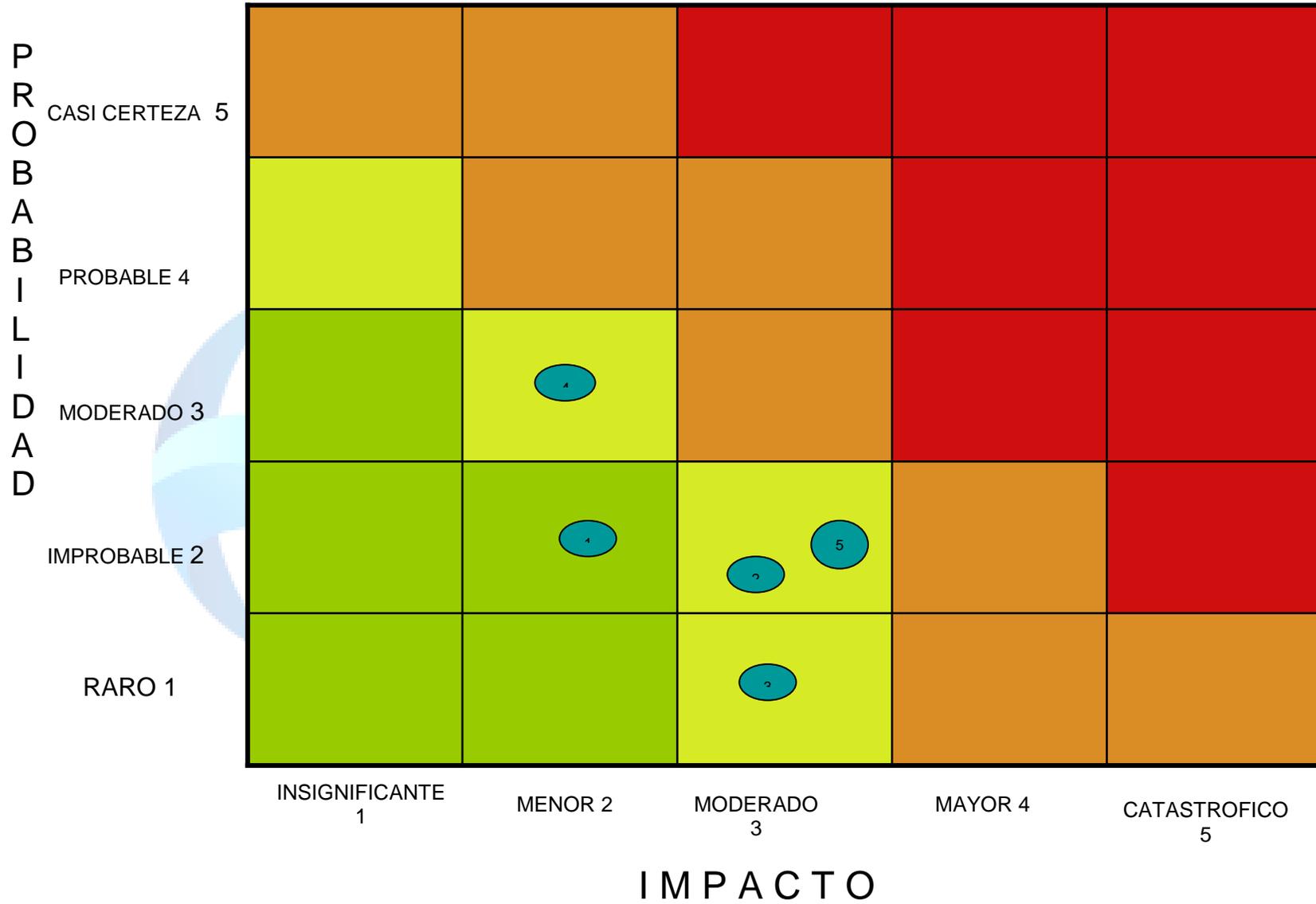


### 5.2.7 MAPA DE RIESGOS SUBPROCESO ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALIZACIÓN

RIESGO	DESCRIPCIÓN	POSIBLES CONSECUENCIAS	IMPACTO	PROBABILIDAD	CONTROL EXISTENTE	NIVEL DE RIESGO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADORES
1, Insuficiente infraestructura de muebles (Camas)	No se cuentan con los bienes muebles para atender y brindar confort a los pacientes,	Perdida de imagen institucional. Posibilidad de sanciones. Insatisfacción de los usuarios.	2	2	Inventarios de bienes muebles.	BAJO	Proyección de % en el aumento del número de camas de acuerdo a la demanda.	Dirección	Anual	No de nuevas camas por año.
2, Deficiente atención de enfermería,	Falta de calidez y trato humano por parte del personal de enfermería.	Insatisfacción de los usuarios. Perdida de imagen institucional y confianza con sus usuarios.	3	2	Encuestas de satisfacción a usuarios.	MODERADO	Capacitación al personal de enfermería sobre calidad en el trato y comunicación asertiva.	Sub. Operativa	Anual	Capacitaciones realizadas / Cap. programadas
3, Los profesionales médicos no explican al paciente los procedimientos que se realizarán, la droga a suministrar, ni responden sus inquietudes y duras.	Falta de comunicación con el paciente.	Insatisfacción del usuario.	3	1	Modelo de operación por procesos	MODERADO	Actividades de sensibilización sobre la relación médico – paciente.			
4, Se cuenta con equipos biomédicos obsoletos	Presencia de equipos obsoletos que dificultan los procesos de recuperación del paciente.	Retardo en el proceso de recuperación del paciente. Posibilidad de demandas y sanciones.	2	3	Inventario de equipos biomédicos. Proceso de reconversión de equipos de acuerdo a	MODERADO	Plan de mantenimiento, acciones predictivas, preventivas y correctivas.	Mantenimiento	Anual	Acciones programadas. Avance Plan de

					la depreciación y vida útil.					
5, Los usuarios no respetan los horarios de visita y las normas en la sala de hospitalización	Los visitantes y usuarios por desconocimiento o desobediencia incumplen las normas de la sala de hospitalización.	Desorden y caos en el área de hospitalización.  Presencia y permanencia de un gran número de personas, lo cual dificulta la labor del personal de enfermería.  Posibilidad de pérdidas de equipos y material médico quirúrgico.  Incontrolable entrada de personas al área.	3	2	Socialización de normas y horarios en el área de hospitalización.	MODERADO	Acciones pedagógicas a los usuarios y visitantes.  Ubicación del reglamento y normas de convivencia y permanencia en el área.	Sub. Operativa	Diario	Actividades pedagógicas realizadas / Actividades programadas.

E.S.E.



### 5.3 PROCESOS DE APOYO

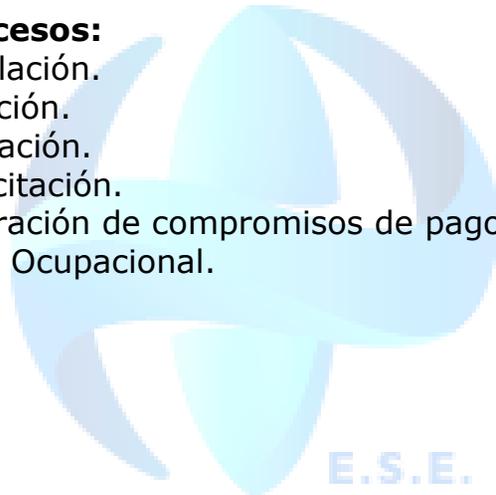
Su objetivo es realizar las actividades necesarias para brindar apoyo y soporte al desarrollo y ejecución de los procesos misionales y estratégicos.

#### PROCESOS:

- Proceso: GESTIÓN TALENTO HUMANO.

#### Subprocesos:

- Vinculación.
- Selección.
- Evaluación.
- Capacitación.
- Generación de compromisos de pago.
- Salud Ocupacional.



**HOSPITAL LOCAL DE  
PIEDECUESTA**  
*Trabajamos por tu salud*

#### 5.3.1 MAPA DE RIESGOS PROCESO GESTION TALENTO HUMANO

RIESGO	DESCRIPCIÓN	POSIBLES CONSECUENCIAS	IMPACTO	PROBABILIDAD	CONTROL EXISTENTE	NIVEL DE RIESGO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADORES
1. No existe un proceso establecido de selección del personal.	El personal es seleccionado de manera subjetiva y para cumplir favores políticos o personales.	<p>Perdida de imagen institucional.</p> <p>Se pone en peligro la salud y bienestar de los pacientes.</p>	3	2	<p>Procedimiento Pamec</p> <p>Requisitos para los cargos.</p> <p>Manual de funciones</p>	MODERADO	<p>Procedimiento para la selección y vinculación laboral.</p> <p>Auditoria interna a hojas de vida y documentos anexos.</p>	Talento Humano – Control interno	Cuando corresponda	Hallazgos de auditorías internas
2. Incompetencia laboral de nuestros funcionarios  - Funcionarios con capacidades inferiores a los objetivos actuales de la entidad	<p>Contratación de funcionarios que no cuenten con el perfil de competencias y funciones que requiere la entidad</p> <p>Programa de formación y capacitación</p>	<p>Traumatismo en los procesos de la entidad</p> <p>Bajo rendimiento de funcionarios</p> <p>Baja productividad de los funcionarios que incide en el cumplimiento de metas, objetivos, funciones y actividades con baja calidad, eficiencia y eficacia.</p>	2	3	<p>Manual de funciones y requisitos del cargo</p> <p>*Lineamientos del DAFP Y CNSC</p>	MODERADO	Efectuar el proceso de Evaluación del desempeño de cada uno de los funcionarios	Dirección – Jefe de Talento Humano	Enero – Diciembre	<p>Actividades realizadas / actividades programadas.</p> <p>Interventoría y evaluación de resultados</p>

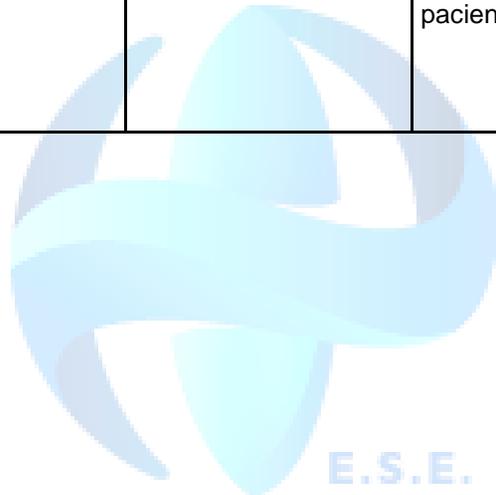
3. Realización de acciones, trámites y toma de decisiones inadecuadas	Desgaste administrativo, y escasa comunicación y sinergia entre áreas de gestión	Incremento en costos operativos	2	3	Implementación Pamec y Mecí  Tablas de retención documental	<b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Fortalecimiento del ejercicio del autocontrol.  Aplicación de las tablas de retención documental y el cumplimiento de la normatividad	Alta Dirección	Permanente	Avance en la implementación
4. Carencia de un plan de capacitación y desarrollo del talento humano.	La ESE no cuenta con un plan anual de capacitación, con una metodología para medir el clima organizacional ni con un plan de acción para el desarrollo de su talento humano	Desmotivación.  Insatisfacción de los funcionarios.  Falta de identidad y sentido de pertenencia.	3	2	Plan Institucional de Formación y capacitación	<b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Difusión y ejecución de las actividades.  Seguimiento y evaluación a los programas contenidos en el plan	Oficina de Talento Humano	Enero – Diciembre	Actividades realizadas / actividades programadas
5. Ausencia de un programa de inducción y reintroducción para el personal de la ESE.	No se cuenta con un programa que determine los procesos y actividades para llevar a cabo el programa de inducción y reintroducción	Desmotivación  Insatisfacción de los funcionarios.	3	3	Plan de Capacitación	<b>ALTO</b>	Determinar las acciones, metas y el cronograma de trabajo para los procesos de inducción y reintroducción	Oficina de Talento Humano	Enero - Diciembre	Actividades realizadas / Actividades programadas
6. Carencia de un proceso de evaluación del desempeño laboral.	Falta interiorizar la cultura del autocontrol. No hay n proceso de evaluación y retroalimentación que posibilite el mejoramiento	Imposibilidad de conocer las falencias y fortalezas del personal y de las dependencias.	5	2	Informes de gestión y ejecución por dependencia  Rendición de cuentas en comités	<b>ALTO</b> (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)	Diseño y ejecución del proceso de evaluación del desempeño	O. Talento Humano	Anual	Resultados de la s evaluaciones

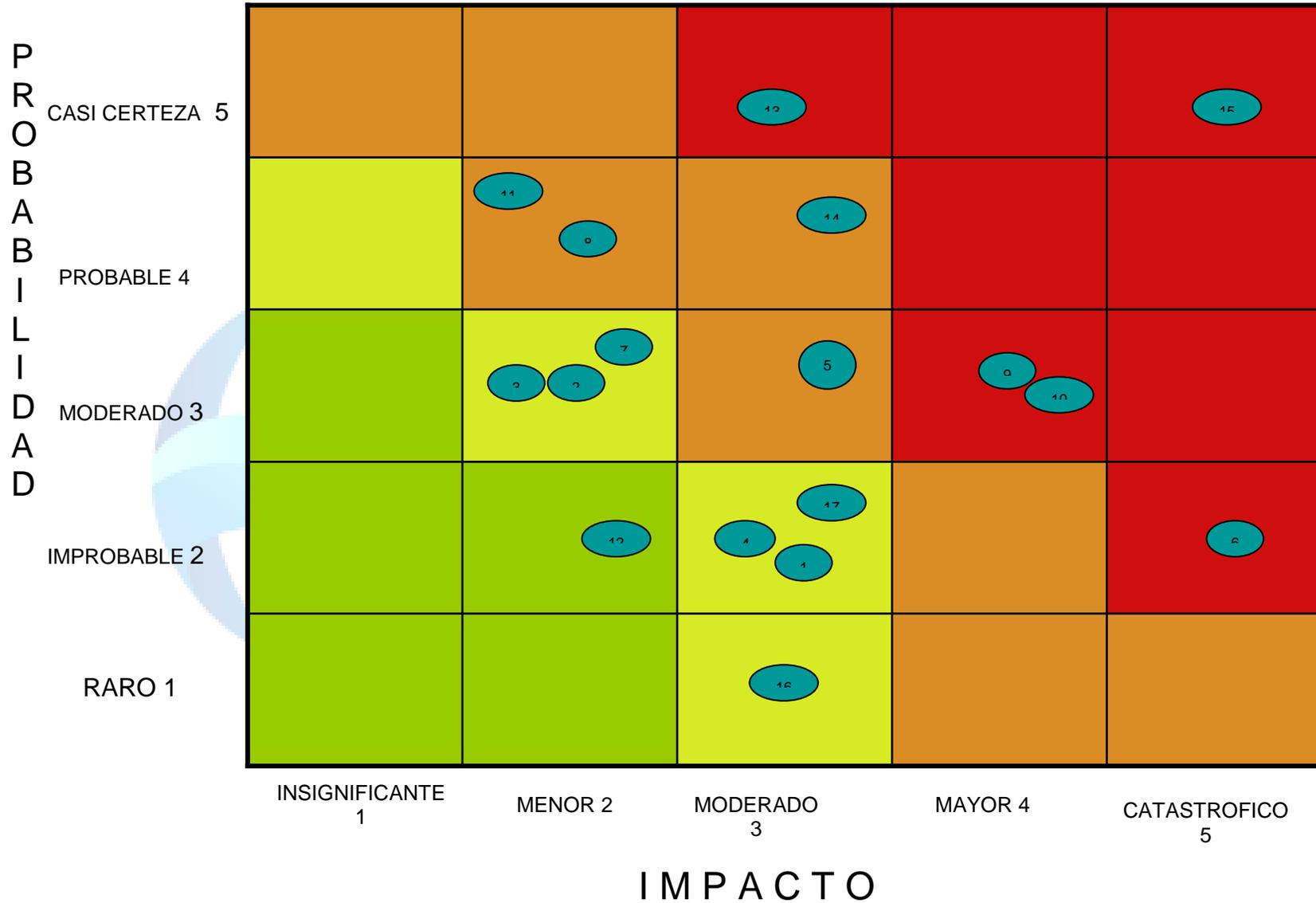
<p>7. Faltan políticas y actividades de fortalecimiento socio laboral.</p>	<p>No se cuenta con un plan de salud ocupacional relacionada con los factores de riesgo para cada dependencia.</p> <p>Inexistencia de actividades dirigidas a la atención del ambiente laboral</p>	<p>Insatisfacción de los funcionarios.</p> <p>Clima laboral tenso y estresante.</p> <p>Falta de identidad y sentido de pertenencia.</p>	2	3	<p>Plan Institucional de Formación y capacitación</p>	<p><b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo</p>	<p>Difusión y ejecución de las actividades.</p> <p>Seguimiento y evaluación a los programas contenidos en el plan</p>	Oficina de Talento Humano	Enero – Diciembre	Funcionarios beneficiados / total funcionarios Cronograma de actividades
<p>8. Inexistencia de estadísticas sobre reportes de accidentes laborales, enfermedad profesional y ausentismo laboral.</p>	<p>No se llevan registros precisos sobre estos aspectos dentro del área de talento humano.</p> <p>No se analizan las causas ni se establecen los costos reales que estos generan.</p> <p>No se desarrollan acciones que conduzcan a mitigarlos y mejoren la productividad laboral.</p>	<p>No hay información precisa y suficiente para la toma de decisiones gerenciales y de administración del personal.</p> <p>Costos financieros.</p> <p>Falta de control, seguimiento y evaluación a estas acciones.</p>	2	4	<p>Reporte verbal del funcionario a la oficina de Talento Humano</p>	<p><b>ALTO</b> (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)</p>	<p>Reporte e inclusión en un formato de seguimiento.</p> <p>Reporte a la empresa contratante sobre las ausencias y faltas de personal a su cargo.</p>	Oficina de talento humano	Mensual	Reportes realizados.
<p>9. Inexistencia de planes de acción para los comités de la ESE</p>	<p>Inoperatividad de los comités.</p>	<p>Desmotivación de los funcionarios.</p> <p>Escaso proceso de planificación estratégica.</p>	4	3	<p>Actas de trabajo por comités.</p>	<p><b>ALTO</b> (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)</p>	<p>Diseña y ejecutar plan de acción o de trabajo por año.</p>	Dirección – Integrantes comités	Anual	Cronograma de trabajo

<p>10. Falta promoción de la cultura del autocontrol y mejoramiento continuo basada en principios y valores éticos.</p>	<p>Escaso conocimiento de los funcionarios sobre los planes, programas, procesos y actividades que se llevan a cabo. No se fortalece el sentido de pertenencia con la entidad. El código de buen gobierno y código de ética no es conocido ni aplicado por los funcionarios.</p>	<p>Desmotivación. Apatía a participar. Cultura de la desidia, pereza y falta de identidad. Pérdida de imagen corporativa. Indiferencia frente a conceptos relacionados con la ética y la moral.</p>	<p>4</p>	<p>3</p>	<p>Manual de Gestión Ética. Comité de ética. Mapa de riesgos Gestión Ética.</p>	<p><b>ALTO</b> (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)</p>	<p>Ejecución, seguimiento y evaluación al plan de acción para la gestión ética en la ESE.</p>	<p>Comité de Ética – Gestor de Ética – Equipo Agentes de Cambio</p>	<p>Enero – Diciembre</p>	<p>Porcentaje de avance en la ejecución del Plan</p>
<p>11. Carencia de acciones y actividades de protección ambiental.</p>	<p>No se cuenta con un plan de acción que articule las labores del comité ambiental con el código de buen gobierno.</p>	<p>Falta de concientización y sensibilización sobre el cuidado pro el medio ambiente y la selección de residuos sólidos.</p>	<p>2</p>	<p>4</p>	<p>Comité Ambiental Plan de Gestión de residuos Sólidos Hospitalarios</p>	<p><b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo</p>	<p>Formular y ejecutar el plan de acción del comité ambiental. Hacer seguimiento y evaluación a las actividades programadas.</p>	<p>Comité de Ética – Control Interno – talento Humano</p>	<p>Enero – Diciembre</p>	<p>Actividades realizadas / actividades programadas</p>
<p>12. No se cuenta con un COPASO o Vigía de la Salud.</p>	<p>La entidad no ha designado un vigía o el Copaso</p>	<p>No se lleva a cabo el Programa de Salud Ocupacional. Insatisfacción laboral. Posibilidad de sanciones</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>Vigía de la salud Programa de salud Ocupacional</p>	<p><b>BAJO</b></p>	<p>Cumplir la normatividad</p>	<p>Oficina Talento Humano</p>	<p>Enero - Diciembre</p>	<p>Documento de adopción y elección</p>

13. No se ha diseñado, socializado y ejecutado el Programa de Salud Ocupacional en la ESE.	Carencia de acciones de medicina preventiva y del trabajo que mejoren el bienestar socio laboral de los empleados.	Desmotivación. Insatisfacción laboral.	3	5	Vigía de la salud	EXTREMO	Difusión de las actividades y acciones del programa de salud ocupacional	Vigía de la Salud - Copaso	Enero – Diciembre	Porcentaje de avance del programa de S.O
14. No se aplican medidas de protección contra siniestros como incendios, inundaciones, terremotos, etc.	No se socializan acciones y manejo de instrumentos como extintores en caso de incendio entre otros.	Desconocimiento de que hacer y como comportarse durante siniestros.	3	4	No existe	ALTO	Capacitación en manejo de extintores.	Copaso - Jefe de Talento Humano	Anual	Capacitaciones realizadas.
15. No se llevan a cabo simulacros en caso de siniestros.	Desconocimiento de las salidas de emergencia y procedimientos en caso de siniestros.	Caos y desconcierto. Posibilidad de pérdida de vidas humanas.	5	5	No existe	EXTREMO	Planeación de jornadas de simulacro con el personal de la ESE. Asignación de roles y responsabilidades.	Oficina de Talento humano	Anual	Simulacros realizados 7 simulacros programados.
16. Impuntualidad en el pago de la seguridad social	La oficina financiera y contable no realiza el respectivo pago de aportes a seguridad social.	Sanciones por entes de control. Desprotección del trabajador y disminución en las condiciones laborales de los funcionarios. Insatisfacción laboral.	3	1	Fechas de pago establecidas y socializadas al personal respectivo. Comprobantes de consignación	BAJO	Auditoria interna que corrobore los pagos a seguridad social.	Sub. Financiera – Control Interno	Mensual	No de hallazgos encontrados / No de Auditorías realizadas.

<p>17. Hojas de vida de los funcionarios se encuentran incompletas o con documentos vigentes.</p>	<p>No hay un archivo completo del personal que permita verificar los estudios académicos y experiencia registradas, y algunos soportes se encuentran vencidos.</p>	<p>Posibilidad de sanciones por auditorias externas a cargo de los entes de control.</p> <p>Desorden y caos administrativo.</p> <p>Contratación de personal incompetente que pone en peligro la imagen institucional de la entidad y la vida del paciente.</p>	<p>3</p>	<p>2</p>	<p>Solicitud al ingreso del funcionario de los documentos requeridos.</p> <p>Verificación periódica de las hojas de Vida.</p> <p>Las H.V. son clasificadas por dependencias.</p>	<p><b>MODERADO</b></p>	<p>Actualización de datos.</p> <p>Auditoria interna a los documentos anexos de las Hojas de Vida</p>	<p>Oficina Talento Humano – Control Interno</p>	<p>Semestral</p>	<p>No de H.V. incompletas / Total H.V. evaluadas</p>
---	--	--	----------	----------	--	------------------------	--	---	------------------	--





- Proceso: GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS.

**Subprocesos:**

- Presupuesto.
- Facturación y recaudo.
- Gestión de efectivo.
- Egresos.
- Contable.

El área financiera es sin lugar a dudas uno de los ejes centrales de toda organización, por cuanto de ella depende, entre otros, el manejo presupuestal, la elaboración de estados financieros, los pagos, el manejo de excedentes de tesorería y el adecuado control sobre los bienes de cada entidad.

De la eficiencia en el manejo de los recursos, así como su interacción con las demás áreas dependerá el éxito o fracaso de toda empresa.

Los factores o situaciones de riesgo se presentan en el área financiera con mayor frecuencia y rigor dadas las especiales circunstancias de manejo de dinero que frecuentemente configuran conductas asociadas a fenómenos de corrupción, hechos agravados por la inoperancia de mecanismos de control, tanto internos como externos.

### 5.3.2 MAPA DE RIESGOS PROCESO GESTION DE RECURSOS FINANCIEROS

RIESGO	DESCRIPCIÓN	POSIBLES CONSECUENCIAS	IMPACTO	PROBABILIDAD	CONTROL EXISTENTE	NIVEL DE RIESGO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADORES
1. Falta de Planeación Presupuestal	Desconocimiento de principios básicos en la elaboración y ejecución del presupuesto y la gestión financiera	Incumplimiento de términos. Ordenar gastos sin facultad legal. Retardar el pago de obligaciones legales. Traslado irregular de fondos. Prolongar la vigencia fiscal. Compra de bienes innecesarios.	2	2	Plan de compras. Proceso de presupuesto Orden de requerimiento, acredita y justifica.	<b>BAJO</b> (Aceptar el riesgo)	Elaboración del anteproyecto de presupuesto * Uso de herramientas estadísticas *Proyección real para toma de decisiones *Oportuna Formulación y elaboración del plan de compras	Alta Dirección - Subdirección Financiera	Septiembre - Diciembre	Plan de presupuesto y plan de compras elaborado y aprobado
2. Estacionalidad de fondos	Altas sumas de dinero son mantenidas en cuentas corrientes o en caja sin generar ningún rendimiento.	Favorecimiento a entidades bancarias con el propósito de obtener beneficios personales (préstamos, comisiones, etc.).	1	1	Auditorias Internas y Externas	<b>BAJO</b> (Aceptar el riesgo)	Informes de gestión presupuestas y de manejo de activos	Alta Dirección - Subdirección Financiera	Semestral	Informes presentados
3. Jineteo de fondos	Los dineros recaudados no se registran ni se consignan oportunamente	Apropiación de dineros públicos. Negligencia en los recursos de rentas. Cambiar la destinación de los recursos	3	2	Auditorias externas. Órganos de control	<b>MODERADO</b>	Presentación de informes a los entes de control respectivos.	Financiera - Contabilidad	Permanente	Informes presentados

4. Inversiones sin respaldo	La falta de discrecionalidad de ciertos funcionarios permite hacer grandes inversiones en entidades que no ofrecen sólido respaldo	Acuerdos con ciertas entidades a cambio de beneficios indebidos para funcionarios. Pérdida de recursos del Estado.	1	1	Análisis de las entidades  Estudios de conveniencia  Control interno y externo	BAJO (Aceptar el riesgo)	Rendición de cuentas en el manejo de recursos públicos	Dirección - Financiera	Permanente	Acuerdos realizados
5. Falta de control sobre los bienes del estado	La falta de control y las pocas medidas de seguridad para su protección hacen frecuente la pérdida de bienes	Pérdida de Inventarios. Utilización de bienes del Estado para actividades particulares. Inventarios obsoletos	1	2	Vigilancia privada	BAJO (Aceptar el riesgo)	Registro de entrada y salida de funcionarios.  Revisión de bolsos y paquetes.	Seguridad - Administrativa	Permanente	No Bienes perdidos
6. Recursos tecnológicos inapropiados	Los equipos de sistemas así como el software y capacidad de la banda ancha de Internet utilizado no corresponden a las necesidades requeridas por la entidad.	Sobrecostos por alquiler o compra de equipos no acordes con los requerimientos. Generación de informes imprecisos y poco confiables que no revelan la verdadera situación financiera de la entidad.  Demora en la presentación de informes y obtención de información por Internet.	2	3	Actividades de mantenimiento a equipos de cómputo.	MODERADO	Elabora plan de mantenimiento preventivo y correctivo.  Gestión para la compra y cambio de equipos obsoletos.  Aumento de la Banda ancha.	Dirección - Sistemas	Enero - Diciembre	Actividades realizadas / actividades programadas. Equipos adquiridos anualmente
7. Desgaste administrativo	La realización de conciliaciones bancarias es extemporáneas	Incremento en costos operativos	1	1	Resolución 444 de 1995, referida al Plan General de Contabilidad Pública.	BAJO (Aceptar el riesgo)	Cumplimiento de la normatividad	Contabilidad	Mensual	Cronograma de trabajo

8. inconsistencias en los registros contables e inventarios	Los datos suministrados en los informes contables y de inventarios no corresponden.	Exposición a sanciones legales y disciplinarias	1	1	Formato de inventarios. Proceso de registro contable. Auditoria Interna	BAJO (Aceptar el riesgo)	Uso de herramientas estadísticas. Verificación de registros de acuerdo a la solicitud de compra.	Financiera -almacén	Permanente	No solicitudes de compras efectuadas – Factura de compra –
9. No hay una adecuada consolidación de los Estados financieros	Los datos relacionados en los estados financieros no corresponden o se presenta carencias de algunos.	Falta de respuesta ante los entes de control Exposición a sanciones legales y disciplinarias	2	2	Auditorias Internas y externas. Seguimiento y verificación de los soportes contables y movimientos bancarios.	BAJO (Aceptar el riesgo)	Uso de herramientas estadísticas. Resultados de los informes entregados. Correspondencia entre los registros contables y financieros	Financiera - Contabilidad	Noviembre a Diciembre	Correspondencia entre datos financieros y registros contables.
10. Inoportuna entrega de informes a entes de control	La falta de socializar la información, plazos y características de los informes solicitados genera demoras en su formulación y entrega.	Exposición a sanciones legales y disciplinarias	4	1	Notificación oportuna de fechas y plazos, con firma del funcionario.	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Entregar los informes para revisión 15 días antes de la fecha máxima de entrega.	Financiera - Contabilidad	Enero - Diciembre	Informes entregados. Sanciones o sugerencias recibidas
11. Movimientos no registrados de cartera	No se registran oportunamente las cuentas de cobro por los servicios prestados por la ESE.	Perdida de recursos financieros	2	3	Registro en libros y en el sistema de las fechas y montos a favor de la ESE	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Revisión periódica del rubro cuentas por cobrar. Relacionar la cuenta de cobro con el formato de pago efectuado	Dirección – Financiera - Contabilidad	Enero - Diciembre	Movimientos de cartera registrados / Total Movimientos realizados.

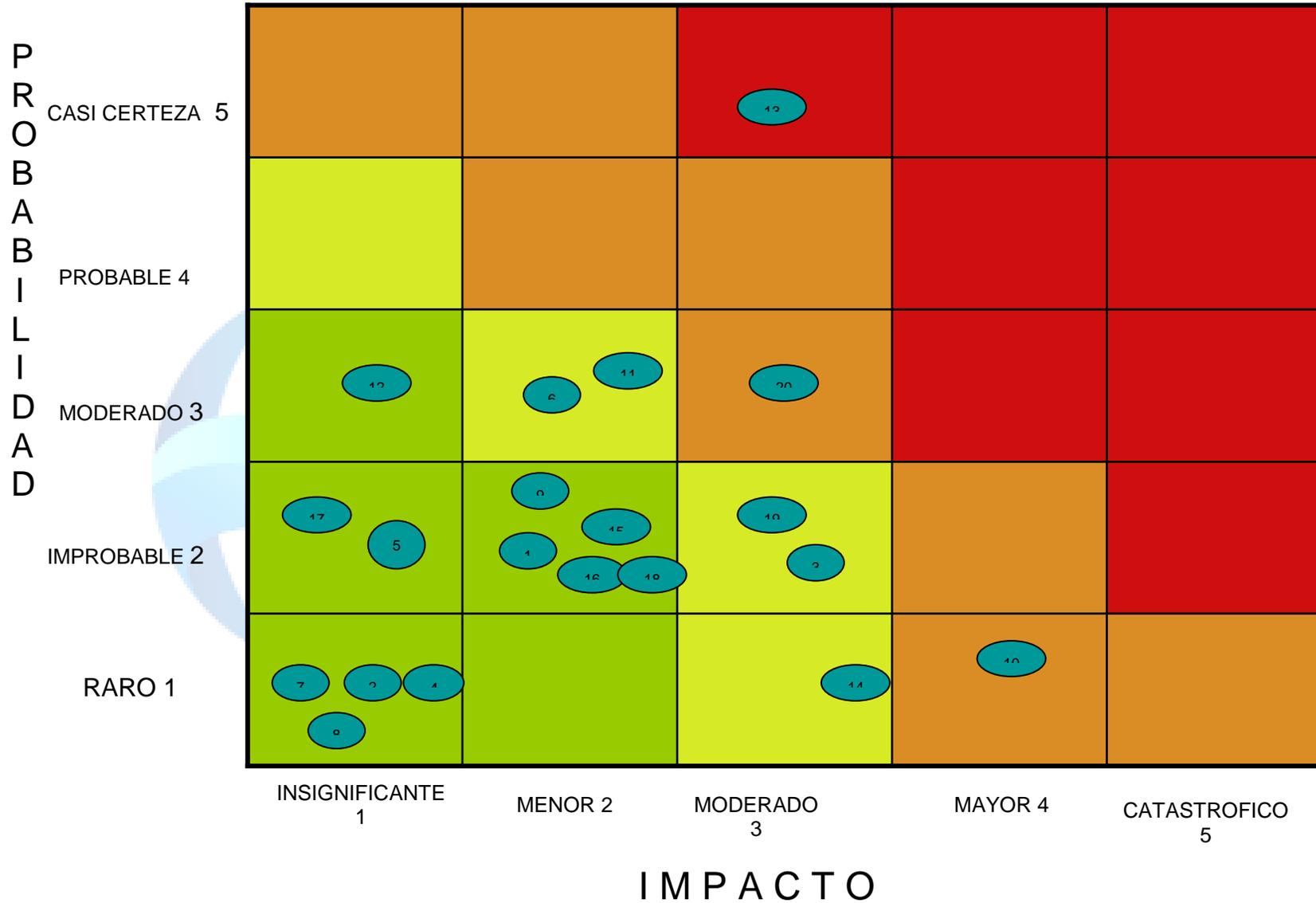
12. Extemporaneidad en la entrega del reporte de facturación de los procesos clínico asistenciales.	No se hace entrega oportuna de la información de recudo diario realizado por la ESE.	No hay datos en tiempo real.	1	3	Formato de recibido con firma del funcionario y cantidad entregada	<b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Realizar la evaluación de la facturación diaria y entregar las sumas de efectivo al final de la tarde.	Facturación - Financiera	Diaria	Día y valor facturado – fecha de entrega
13. Afectación del recurso humano del área de caja y facturación por vulnerabilidad de su integridad	Manejo de usuarios que se encuentran en un alto nivel de estrés, angustia y descontrol emocional	Actos de violencia al personal operativo de la dependencia	3	3	Vigilancia privada. Sensibilización a los usuarios	<b>ALTO</b> (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)	Realizar acciones de cultura ciudadana y no violencia en correspondencia con las empresas contratantes	Dirección – Jefe de Talento Humano	Permanente	No de casos de agresiones reportadas
14. Inadecuada realización de la gestión presupuestal.	Los procesos de liberación de la disponibilidad presupuestal, los registros presupuestales y el traslado presupuestal se realizan de manera incorrecta y poco transparente.	Exposición a investigaciones y sanciones penales.	3	1	Ley de presupuesto. Comité de presupuesto. Resoluciones Auditorías externa e internas	<b>BAJO</b> (Aceptar el riesgo)	Presentación de informes de gestión presupuestal	Financiera	Enero - Diciembre	Recursos ejecutados / recursos programados
15. Falta una estrategia de gestión para el cobro y recaudo de cartera.	El índice de cobro de cartera es mínimo, hay gran cantidad de dinero en poder de terceros.  No se realizan conciliaciones para la recuperación de cartera.	Ilíquidez. Desequilibrio financiero.	2	2	Cuentas de cobro emitidas a contratantes.  Generación de acuerdos de pago	<b>BAJO</b> (Aceptar el riesgo)	Seguimiento, control y evaluación a la efectividad de las estrategias de cobro, plazos y fechas.	Dirección – Facturación - Contabilidad	Mensual	Cartera recaudada / Total cartera

16. Inconsistencia en los reportes y cruces contable.	La información suministrada en los reportes generales, no corresponde con los gastos efectuados, ni con la información reportada por el área contable.	Exposiciones a sanciones e investigaciones. Imposibilidad para brindar respuesta oportuna ante los órganos de control y para la toma de decisiones.	2	2	Reportes de gastos emitidos por contabilidad y el área financiera.  Informe entregado por almacén	BAJO (Aceptar el riesgo)	Contrastar y verificar los reportes entregados por las dependencias correspondientes	Financiera – Contabilidad	Mensual	Reportes elaborados y correlacionados
17. Manejo de dinero en efectivo en el área financiera.	Se tiene en la oficina dinero en efectivo por recaudo del día o fines de semana y pagares que pueden ser hurtados.	Costos financieros.  Exposición a sanciones disciplinarias e investigaciones judiciales.	1	2	Caja fuerte.	BAJO (Aceptar el riesgo)	Efectuar las consignaciones respectivas de manera oportuna para evitar el aumento de efectivo.	Financiera	Semanal	No de consignaciones realizadas a la semana
18. Falta de pólizas	Demora en la expedición de pólizas	No se protegen los bienes  Pérdidas de bienes en la entidad	2	2	Se cuentan con pólizas que cubren los bienes de la entidad.	BAJO (Aceptar el riesgo)	Cumplimiento de las pólizas cuando sea necesario.	Oficina Jurídica	Permanente	Pólizas ejecutadas
19. Carencia de estrategias financieras y contables que permitan disminuir el porcentaje en el número de glosas.	El porcentaje mensual de glosas es el mismo o se encuentra en aumento.	Perdida de dinero.  Bajo flujo de fondos.	3	2	Auditoria Médica.  Gestión y concertación con empresas contratantes	MODERADO	Llevar a cabo estrategias de concertación y negociación con empresas contratantes.	Auditoria Médica - Contabilidad	Mensual	Variación en el % de glosas mensuales

20. Inoportuna y extemporanea entrega de información a la oficina contable por parte de farmacia, facturación y almacén.	Demora en la entrega de datos financieros necesarios para la elaboración de los informes a los entes de control.	Posibles sanciones.	3	3	Establecimiento de tiempos de entrega	ALTO	Análisis y seguimiento a las fechas de entrega identificando causas en la demora de la información	Alta Dirección - Contabilidad	Mensual	No veces que se entregó fuera de tiempo la inf.
--	--	---------------------	---	---	---------------------------------------	------	--	-------------------------------	---------	---



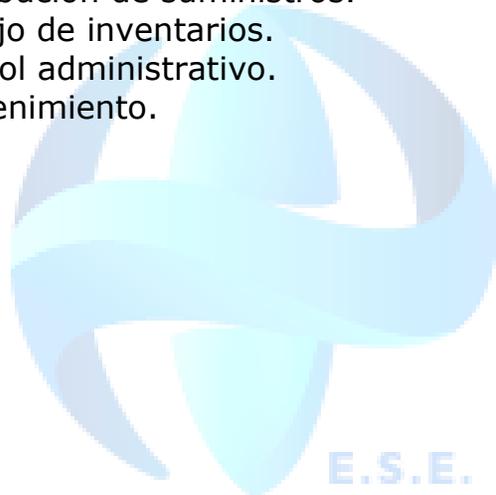
**HOSPITAL LOCAL DE  
PIEDECUESTA**  
Trabajamos por tu salud



- Proceso: GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS Y SERVICIOS BÁSICOS DE MANTENIMIENTO.

**Subprocesos:**

- Planeación de suministros.
- Adquisiciones de suministros.
- Recepción de suministros.
- Almacenamiento.
- Distribución de suministros.
- Manejo de inventarios.
- Control administrativo.
- Mantenimiento.



**HOSPITAL LOCAL DE  
PIEDECUESTA**  
*Trabajamos por tu salud*

**5.3.3 MAPA DE RIESGOS PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS Y SERVICIOS BÁSICOS DE MANTENIMIENTO**

RIESGO	DESCRIPCIÓN	POSIBLES CONSECUENCIAS	IMPACTO	PROBABILIDAD	CONTROL EXISTENTE	NIVEL DE RIESGO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADORES
1. Falta de materiales e insumos necesarios para llevar a cabo las actividades y procesos misionales.	No se cuenta oportunamente con los recursos requeridos para cumplir con las actividades misionales	Desmotivación a los funcionarios Incumplimiento de las funciones corporativas Pérdida de confianza y credibilidad Exposición a continuas reprensiones	1	2	Elaboración orden de suministro de materiales.  Firma del funcionario que recibe.	BAJO (Aceptar el riesgo)	Llevar registro sistematizado para evitar entrega de material varias veces entre diferentes solicitudes	Almacén	Permanente	Ordenes despachadas / Ordenes recibidas
2. No se realiza inventario a los bienes y suministros de la entidad.	Falta control en la entrada, salida y manejo de los bienes de la entidad y los suministros de papelería	Costos financieros. Exposición a demandas disciplinarias y penales.	1	2	Inventario físico y sistematizado	BAJO (Aceptar el riesgo)	Llevar a cabo inventario físico, verificación y control de materiales e insumos.	Almacén	Semanal	Resultado de inventarios realizados
3. No hay control al manejo y gastos del parque automotor.	No hay un proceso documentado y establecido para la solicitud de combustible y mantenimiento del parque automotor.	Fuga de recursos.  Costos financieros.	1	2	Orden de suministro.  Orden de compra  CDP	BAJO (Aceptar el riesgo)	Elaborar documentos soporte de los gastos y costos relacionados con los vehículos	Financiera	Enero - Diciembre	Costos incurridos - Documentos soporte

4. Falta de control al ingreso y egreso de la entidad	El proceso de vigilancia no cumple ni hace cumplir las normas de seguridad para la entrada y salida de personal y usuarios de la entidad.	Posibilidad de robo.  Ingreso de personas de alta peligrosidad a la entidad.  Realización de actos vandálicos y violentos al interior de la empresa.  Inseguridad dentro de la Entidad.	2	3	Vigilancia privada y normas de seguridad establecidas	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Aplicar el reglamento de protección y seguridad previsto por la empresa de seguridad contratante	Empresa de vigilancia - Administrativa	Permanente	Desviaciones presentadas
5. No se formula un plan de mantenimiento anual para los equipos biomédicos.	No se diseña ni ejecuta un plan de mantenimiento anual para la vigencia.	Perdida de dinero.  Desgaste administrativo.  Ineficiencia en el cumplimiento de la misión institucional.	3	2	Mantenimiento contratado con empresa privada por Honorarios	MODERADO	Diseñar un plan de mantenimiento  Ejecutar y evaluar el plan de mantenimiento	Mantenimiento	Anual	Porcentaje de avance en la ejecución del plan
6. No se realiza evaluación y control a los suministros.	Los suministros ingresan sin ningún control ni corroborando sus características y cantidad.	Perdida de imagen administrativa.  Desgaste administrativo.  Perdida, robo o desaparición de suministros.  Perdida de dinero.	2	2	Procedimiento de control para los suministros.  Normas de ubicación y bioseguridad	BAJO	Auditoria interna.  Informes entregados por almacén y farmacia	Farmacia- almacén - CI	Permanente	Actividades de evaluación y control realizadas.
7. La selección de bienes, insumos y servicios no se realiza de manera objetiva y transparente.	Los bienes, insumos y servicios son contratados y adjudicados de acuerdo a criterios políticos y de amiguismo.	Perdida de imagen institucional  Ineficiencia para llevar a cabo la misión institucional.  Sanciones e investigaciones.	2	2	Manual de Contratación  Pamec  Convocatorias - licitaciones	BAJO	Estudios de conveniencia y oportunidad.  Análisis con base en precios de mercado SICE	Jurídica - Contratación	Cuando corresponda	Hallazgos de auditoria

8. No hay un procedimiento documentado para la adquisición, recepción y despacho de suministros	No se cuenta con un procedimiento documentado que especifique las actividades para la adquisición, recepción y despacho de suministros.	Perdida de dinero por compras que no corresponden a los requerimientos establecidos, de dudosa calidad y con empresas poco conocidas.  Posibles sanciones e investigaciones por órganos de control.	2	2	Pamec	BAJO	Socializar el procedimiento con los funcionarios responsables.	Almacén - Contabilidad	Permanente	Hallazgos encontrados en la auditoría interna
9. El inventario de bienes e insumos no es actualizado	No se realizan actividades de actualización y verificación del inventario.	El inventario físico no corresponde con el establecido en las planillas.  Perdida económicas.	2	2	Software Delfin	BAJO	Capacitar a los funcionarios sobre el manejo del software.	Almacén - Farmacia	Permanente	Informes de la dependencia
10. No hay un procedimiento documentado para la realización de bajas en bienes e insumos.	No se cuenta con un procedimiento documentado que especifique las actividades para la realización de bajas en bienes e insumos.	Ineficiencia en el cumplimiento de las funciones.  Presencia de bienes obsoletos que perjudican la imagen institucional de la ESE.  Posibles sanciones e investigaciones por órganos de control.	2	2	Pamec	BAJO	Socializar el procedimiento con los funcionarios responsables.	Almacén - Contabilidad	Permanente	Hallazgos encontrados en la auditoría interna
11. No hay un formato que permita identificar los requerimientos de mantenimiento por procesos o dependencias.	No se ha diseñado y aplicado un formato para identificar los requerimientos de mantenimiento.	Perdida financiera y de tiempo por paro en la realización de las actividades.  Ineficiencia en la prestación de los servicios.	2	2	Pamec	BAJO	Evaluar la versatilidad y utilidad del formato aplicado	Mantenimiento	Permanente	Requerimiento de mantenimiento solicitados mes

12. No hay un profesional encargado específicamente del mantenimiento de los equipos biomédicos	No se cuenta con un profesional de tiempo completo que provea los requerimientos de mantenimiento.	Gastos financieros.  Pérdida de imagen institucional por cese en las labores médicas.	2	2	Contrato por honorarios con empresa privada	BAJO	Evaluar la posibilidad de contratar un profesional para esa área.	Dirección	Enero	No aplica
13. Los bienes e insumos no son almacenados correctamente ni existen las condiciones físicas y de seguridad que garanticen su calidad.	El personal a cargo no tienen el conocimiento para el almacenamiento de los bienes e insumos adquiridos	Perdidas económicas.  Posibilidad de sanciones e investigaciones.  Provocación de incendios	9	2	Personal capacitado y con experiencia.  Distribución física adecuada	MODERADO	Implementación de las normas de bioseguridad, higiene y seguridad industrial	Farmacia - almacén	Permanente	Hallazgos de auditoría interna
14. Ineficiente servicio de mantenimiento preventivo.	Trabajos programados que no son ejecutados.  Déficit de personal para este proceso.	Insatisfacción de los usuarios.  Pérdida de imagen institucional.  Incremento de trabajos no ejecutados.	3	2	supervisión de trabajos  Verificación posterior a los trabajos por parte del interventor	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Verificación de trabajos ejecutados *Cruce diario de ordenes de trabajo cumplidas con planilla de ordenes programadas	Mantenimiento - Dirección	Enero - Diciembre	Acciones realizadas / acciones programadas
15. Mantenimiento correctivo que no se realiza a tiempo.	No se realiza el mantenimiento de los equipos e infraestructura que presentan fallas estructurales.	Mantenimientos repetitivos.  Detrimiento patrimonial.  Accidentes.	2	3	Plan de inversión anual  Anteproyecto o presupuesto	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Ejecución, seguimiento y evaluación al plan de inversión en infraestructura	Dirección - Financiera	Anual	Obras realizadas / obras planeadas

16. Entrega de bienes e insumos que no corresponden a los solicitados	Interpretación equivocada de las formulas medicas. Descuido del personal de farmacia. El personal no esta capacitado en el manejo de medicamentos.	Insatisfacción del cliente.  Pérdida de Imagen institucional  Se pone en riesgo la salud del paciente.	3	1	Fórmula Médica	BAJO (Aceptar el riesgo)	Constatar y verificar el nombre del medicamento y la cantidad asignada.	Farmacia	Diaria	Quejas recibidas al respecto.
17. Entrega de medicamentos controlados a pacientes que no lo requiere.	Desconocimiento de la clasificación de los medicamentos y características de los mismos.	Insatisfacción del cliente.  Pérdida de Imagen institucional  Se pone en riesgo la salud del paciente	3	1	Fórmula Médica	BAJO (Aceptar el riesgo)	Verificar los datos del paciente, el nombre del medicamento. Firma del usuario.	Farmacia	Diaria	Quejas recibidas al respecto.
18. No hay servicio de farmacia los fines de semana	El servicio de farmacia es de Lunes a viernes	Insatisfacción del usuario. Demora en el tiempo de atención	3	4	Se dejan medicamentos en el área de urgencias	ALTO	Evaluar la posibilidad de contratar el servicio fines de semana	Alta Dirección	Anual	Evacuación de propuestas
19. Los bienes e insumos no son recepcionados ni almacenados correctamente de acuerdo a un procedimiento establecido	Los medicamentos se ubican sin ningún control ni clasificación.  No se asegura una rotación eficiente de los medicamentos.	Perdida de medicamentos.  Falta de control en el inventario y salida de los mismos.  Costos financieros	3	2	Constancia de entrada, sistematización con de los medicamentos	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Ubicación de los medicamentos según sus necesidades y requerimientos.	Farmacia	Diaria	Medicamentos dados de baja por errores en almacenamiento

20. No se cuenta con la infraestructura adecuada para llevar a cabo las funciones en el área de almacén	El espacio físico es insuficiente para llevar a cabo de manera eficiente el almacenamiento y control a los insumos	Perdidas financieras. Daño a los productos	3	4	No existe	ALTO	Reasignar el espacio para ubicar los elementos	Almacén	Anual	Adecuaciones realizadas
21. Se presenta rotación de medicamentos vencidos.	No se cuenta con un control de entradas y salidas que permitan la identificación inmediata y oportuna de medicamentos vencidos.	Perdida de recursos financiero Percances legales o de salud pública por la rotación de medicamentos vencidos.	2	2	Constancia de entrada de medicamentos mediante factura. Inclusión en el sistema	BAJO (Aceptar el riesgo)	Kardex físico de elementos. Control sistematizado de entradas y salidas	Farmacia	Diaria	Medicamentos dados de baja por vencimiento
22. Detener o retardar los procesos de la entidad	Vehículos fuera de circulación por falta de mantenimiento *Mal manejo de la partida de combustible *falta de control de movimiento de vehículos *Incumplimiento de normas de seguridad exigidas por el tránsito	Total deterioro del parque automotor *vehículos fuera de circulación por falta de combustible *Vehículos utilizados fuera de misiones institucionales *Multas, sanciones, vehículos o conductores fuera de circulación	4	1	Revisión del mecánico de la entidad constante *Mediante Planillas diaria, midiendo recorrido, tiempo y cantidad de combustible Revisión diaria de combustible, niveles de agua y aceite, frenos, dirección y documentación al día.	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Verificar el óptimo estado de los materiales y cantidad requerida Materiales en stock de frecuente uso *Llevar promedios de consumo para programar vigencias futuras *Control y Revisión diario, mediante planillas debidamente legalizadas *Verificación diaria para mayor	Mantenimiento – Sub. Administrativa	Diario	No. Vehículos fuera de servicio por mantenimiento No. de accidentes por falta de mantenimiento No. de multas y sanciones

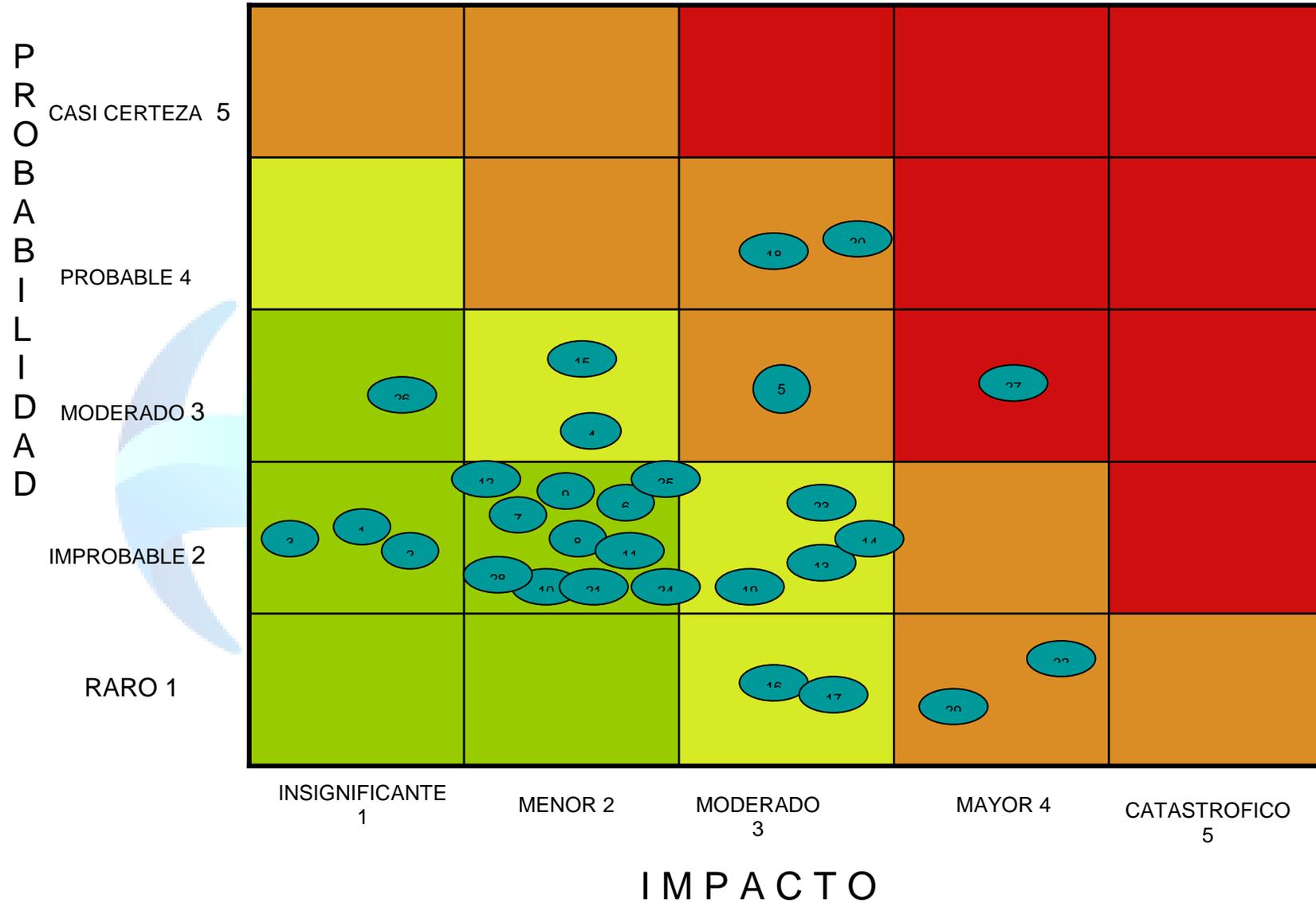
							seguridad en la movilización del vehículo.			
23. Mal manejo de los elementos adquiridos por la entidad	<p>*Dar de alta elementos sin haber ingresado al almacén</p> <p>*Recepcionar material sin tener en cuenta las especificaciones estipuladas en el contrato</p> <p>*Entregar material sin tener en cuenta las existencias y su destino</p> <p>*Dar de baja material de consumo o devolutivo sin el debido trámite o proceso</p>	<p>*Cancelar los materiales sin haber sido entregados al Almacén</p> <p>*Retrazo en el cumplimiento de los trabajos realizados por otras oficinas</p> <p>*mala calidad de materiales</p> <p>*elementos que no ingresan al almacén</p> <p>*Posible fuga de elementos</p> <p>*Incompatibilidad en los inventarios</p> <p>*Incendios, Inundaciones, desplome de techos, materiales inflamables y cancerígenos</p> <p>*Bajo control de inventarios</p> <p>dificultad de consulta</p>	2	311	<p><b>Constancia de entrada del material, mediante factura. Comparar la factura, en calidad, cantidad y fecha con el contrato</b></p> <p><b>Mediante Orden de Suministro, destino. Legalmente firmado y autorizado</b></p> <p><b>Oficio remisorio de la respectiva oficina, con los elementos para dar de baja</b></p>	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	<p>Exigir factura para ingresar elementos al almacén</p> <p>*Especificación es técnicas debidamente sustentadas por la oficina de mantenimiento</p> <p>*Orden de suministro firmada</p> <p>*Verificación diaria de sitios de riesgo, bodegas y oficinas</p> <p>*Kardex físico de elementos</p>	Sub. Administrativa - Almacén	Diario	Inventario Sistematizado Inventario físico
24. Perdida o robo de equipos de cómputo en la ESE.	Desaparición de equipos de cómputo sin razón alguna.	<p>Pérdida financiera y económica.</p> <p>Obstrucción en la ejecución normal de las actividades.</p>	2	2	<p>Pólizas a los equipos de computo.</p> <p>Vigilancia privada.</p> <p>Cierre de</p>	BAJO	<p>Llevar a cabo monitoreo e inspección a los equipos de computo según inventario.</p> <p>Control a la</p>	Dirección – Sub. administrativa	Permanente	No Equipos perdidos / Total equipos

		Perdida de datos importantes para la organización.			puertas.		entrada y salida de la ESE.		
25. Destrucción de equipos de cómputo de manera voluntaria e involuntaria por empleados y en siniestros.	Destrucción de hardware por agua, fuego, problemas de potencia, ataques físicos, incendios, bombas, terremotos.	Perdida financiera y económica.  Interrupción en la ejecución de las actividades diarias	2	2	Pólizas	BAJO	Mantener actualizadas las pólizas.	Sub administrativa	Anual  No de equipos dañados / Total equipos
26. Borrado accidental y destrucción de programas	Accidentalmente se elimina programas que facilitan la labora administrativa y operativa.	Perdidas financieras y económicas.  Dificultad para llevar a cabo los procesos dentro de la entidad.  Perdida de tiempo en la ejecución de tramites y acciones.	1	3	Instalación de programas por el ingeniero de sistemas  Copias de seguridad	BAJO	Mantenimiento preventivo a equipos.  Capacitación al personal sobre el manejo del software.	Sistemas	Permanente  Acciones correctivas realizadas
27. Copia ilícita de programas	Se adquieren programas ilegales o se reproducen pero no cuentan con registro.	Posibilidad de sanciones e investigaciones.	4	1	Compra de software legal	BAJO	Identificar e inventariar los equipos estableciendo sus registros	Sub. Administrativa	Permanente  No de hallazgos encontrados / Total Hallazgos

<p>28. Causar fallas o errores Salvar una copia mala de un programa destruyendo una buena, Programas modificados (cambio de bits, de instrucciones – bombas lógicas, efectos colaterales) Caballos de Troya, Virus, Puerta falsa, Fuga de Información</p>	<p>Ocurrencia de problemas informáticos en la infraestructura tecnología de la ESE.</p>	<p>Controles Técnicos, Acceso lógico, controles, dispositivos de seguridad, Identificación y autenticación</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>Acciones correctivas implementadas</p>	<p>BAJO</p>	<p>Llevar a cabo las acciones predictivas y preventivas de acuerdo a la vulnerabilidad de los sistemas</p>	<p>Sistemas</p>	<p>Permanente</p>	<p>Acciones realizada / acciones programadas</p>
<p>29. Aplicación para la obtención de datos institucionales y financieros de Programas maliciosos – Técnica de salami, utilidades del sistema de archivos, facilidades de comunicación defectuosas</p>	<p>Personas maliciosas que utilizan programas destructivos y espías para obtener datos confidenciales.</p>	<p>Vulnerabilidad de los sistemas e información institucional.  Costos corporativos y económicos.</p>	<p>4</p>	<p>1</p>	<p>Entrenamiento al personal sobre las recomendaciones frente a estos problemas tecnológicos.  Claves de acceso a los equipos de la ESE.</p>	<p>MODERADO</p>	<p>Llevar a cabo acciones de vigilancia y análisis a los programas y sistemas de información de la ESE.</p>	<p>Sistemas</p>	<p>Permanente</p>	<p>Programas maliciosos detectados / acciones correctivas implementadas</p>



**HOSPITAL LOCAL DE  
PIEDECUESTA**  
*Trabajamos por tu salud*



- Proceso: GESTION JURÍDICA Y CONTRATACIÓN.

**Subprocesos:**

- Contratación.
- Seguimiento a la ejecución de proyectos.
- Asuntos jurídicos.

**5.3.4 MAPA DE RIESGOS PROCESO GESTION JURÍDICA Y CONTRATACIÓN**

RIESGO	DESCRIPCIÓN	POSIBLES CONSECUENCIAS	IMPACTO	PROBABILIDAD	CONTROL EXISTENTE	NIVEL DE RIESGO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADORES
1. Aclaraciones, adiciones, adendos	El ente público mediante pronunciamiento y decisiones favorece intereses particulares y puede perfilar a un futuro contratista	Quebranta el principio de igualdad. Desconoce principios de transparencia y objetividad. Incumplimiento en la ejecución del contrato. Sobrecostos. Obra mal ejecutada	3	1	Manual de Contratación. Estudios de conveniencia y oportunidad.	BAJO (Aceptar el riesgo)	Revisión de los documentos de contratación, perfiles y hojas de vida.	Oficina Jurídica.	Enero - Diciembre	Nº Contratos celebrados / No Sanciones, multas, demandas por contratación indebida
2. Direccionamiento desde el pliego de condiciones o términos de referencia	En el confeccionamiento de los pliegos de condiciones o términos de referencia se establecen reglas, fórmulas matemáticas, condiciones o requisitos para favorecer a determinados	Facilita el favorecimiento de la adjudicación de un contrato a una determinada persona. Romper el principio de igualdad entre los diferentes proponentes. Crea inseguridad jurídica en las evaluaciones. Se adjudica a ofertas menos convenientes. Dificulta determinar una irregularidad de carácter	1	2	Manual de Contratación. Estudios de conveniencia y oportunidad. Normatividad en materia de contratación	BAJO (Aceptar el riesgo)	Revisión de los documentos de contratación, perfiles y hojas de vida.  Ejecución del Código de Buen Gobierno.	Oficina Jurídica.	Enero - Diciembre	Nº Contratos celebrados / No Sanciones, multas, demandas por contratación indebida

	proponentes.	administrativo o penal.  Sobrecostos.  Obras mal ejecutadas.								
3. Falta de estudios serios de factibilidad y conveniencia	Se ha generalizado la práctica de ordenar gastos, sin que previamente exista un Inventario de necesidades y prioridades y por ende de estudios de factibilidad y conveniencia.	Erogaciones patrimoniales innecesarias que conllevan detrimento del erario público.  Sobrecostos.  Violación al principio de la selección objetividad.  Favorecimiento a determinados contratistas "conocidos" a través de contratos innecesarios.	3	1	Manual de Contratación.  Estudios de conveniencia y oportunidad  Auditorías interna y externa al proceso de contratación	BAJO (Aceptar el riesgo)	Asesoría jurídica.  Revisión de los documentos de contratación, perfiles y hojas de vida.	Oficina Jurídica.	Enero - Diciembre	Nº Contratos celebrados / No Sanciones, multas, demandas por contratación indebida
4. Fraccionamiento técnico	Con el fin de evadir los procesos licitatorios, el objeto Contractual es fraccionado o dividido artificialmente para facilitar en esta forma la escogencia a dedo de los contratistas.	Sobrecostos.  Desgaste administrativo injustificado.  Dificultad en los controles y organismos de control.  Ausencia de pluralidad de ofertas. Ausencia de uniformidad en la calidad de la obra.  Diluye responsabilidad.  Implica mayor número de interventoría. ..  Violación al principio de	1	2	Manual de Contratación.  Normatividad Vigente	BAJO (Aceptar el riesgo)	Auditorías internas y externas	Oficina Jurídica.	Enero - Diciembre	Nº Contratos celebrados / No Sanciones, multas, demandas por contratación indebida

		igualdad y transparencia.								
5. Monopolio de contratistas	Se han conformado grupos de contratistas considerados como los únicos capaces de ofrecer determinados productos y bienes al Estado, estableciendo una posición dominante en el mercado contractual estatal	<p>Maneja el mercado en cuanto a precios, condiciones, calidad.</p> <p>No permite el ingreso de otros oferentes desconociendo el principio de la libre competencia.</p> <p>Violación al principio de igualdad. No permite la selección objetiva. Impiden la adquisición de bienes o servicios en mejores condiciones de calidad y precios.</p>	3	2	<p>Análisis de precios.</p> <p>Identificación de plazos, garantías y descuentos.</p> <p>Estudios de oportunidad y conveniencia</p>	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	<p>Auditorias internas y externas.</p> <p>Hoja de vida del Proveedor</p>	Oficina Jurídica.	Enero - Diciembre	Nº Contratos celebrados / No Sanciones, multas, demandas por contratación indebida
6. Época electoral y transferencias regionales	En épocas electorales se incrementan las transferencias regionales destinadas a los procesos contractuales para ser utilizados como mecanismo para atraer o cautivar electorado dejando de lado los fines y objetivos de la contratación	<p>Desvirtúa fines y objetivos de la contratación estatal.</p> <p>Genera desidia administrativa y despilfarro de los recursos del Estado.</p> <p>Contratar por contratar para cautivar electorado</p>	1	1	<p>Normatividad vigente.</p> <p>Ley de Garantías</p>	BAJO (Aceptar el riesgo)	Cumplimiento de la ley de Garantías electorales.	Oficina Jurídica.	Cuando corresponda	Nº Contratos celebrados / No Sanciones, multas, demandas por contratación indebida
7. Ausencia de reglamentación para fijar precios	Al no existir límites para el Estado en cuanto a la determinación de precios y calidades, el contratista y el posible "servidor corrupto"	Alto costo de productos y servicios que adquiere el Estado. Detrimiento patrimonial del erario público. Práctica tolerada y aceptada por todos que repercute en la credibilidad del ciudadano en	2	2	<p>Manual de contratación.</p> <p>Parámetros de acuerdo a precios de mercado</p>	BAJO (Aceptar el riesgo)	Elección de proveedores de acuerdo a criterios de calidad, precio y garantía de acuerdo a estudios de	Oficina Jurídica.	Enero - Diciembre	Nº Contratos celebrados / No Sanciones, multas, demandas por contratación indebida

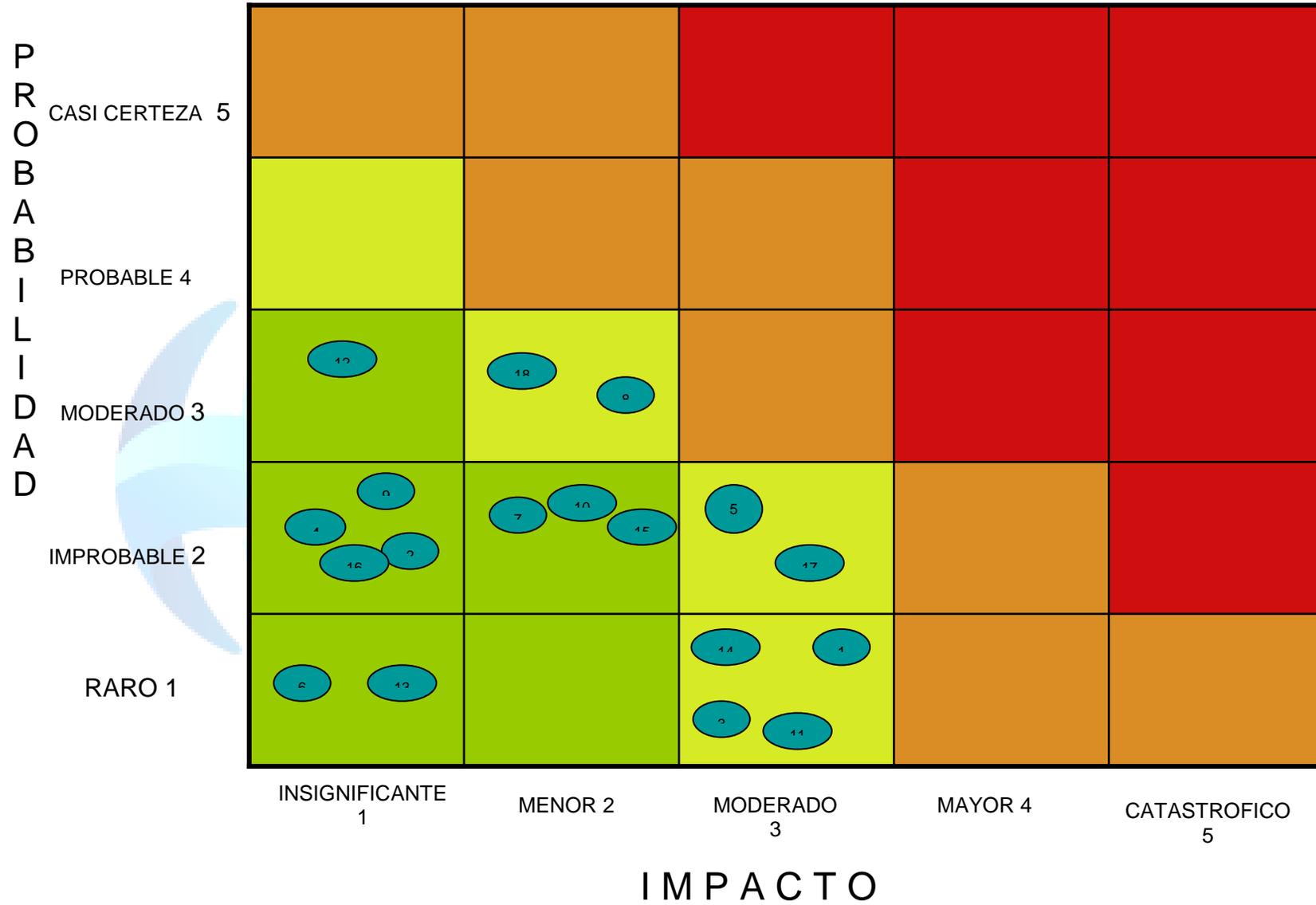
	fijan estas condiciones a su libre albedrío.	sus instituciones. Adquisición de bienes y servicios no indispensables y en mayores cantidades.					oportunidad y conveniencia.  Solicitud de tres cotizaciones por producto			
8. Urgencia manifiesta	Se exagera su uso para prescindir de los mecanismos de selección objetiva de contratación; aduciendo causales, al arbitrio del jefe u ordenador del gasto, se escoge directamente el contratista, sin límite de cuantía, sin controles o autorizaciones previas.	Abuso de la figura a tal punto que se podría convertir en regla general y no de excepción. Se adquieren compromisos económicos injustificados. Permite pagar favores a políticos y amigos. Desconoce principios de selección objetiva y transparente. No le permite a la administración acceder a mayores productos o servicios. Afectaciones del nivel de inversiones. Conlleva un peligro por cuanto el contratista no requiere estar inscrito en la Cámara de Comercio.	2	3	Manual de contratación.	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Elección de acuerdo a los requisitos establecidos por la entidad, el perfil del aspirante y las calidades y cualidades del producto.	Oficina Jurídica.  Enero - Diciembre		Nº Contratos celebrados / No Sanciones, multas, demandas por contratación indebida
9. Cooperativas	Bajo el pretexto de su regulación por el Código de Comercio, se destinan recursos del Estado para conformar las cooperativas y contratar directamente sin límite de cuantía, obviando las exigencias establecidas en la Ley 80 de 1993.	Peliga gravemente el erario público. Ausencia de requisitos técnicos y financieros. Eluden procesos licitatorios. Permiten pagar favores políticos y amigos con cierta facilidad. Ausencia de estudios de factibilidad y conveniencia. Altas comisiones y remuneraciones para las cooperativas sin justificación alguna. Competencia desleal frente al	1	2	Manual de contratación.	BAJO (Aceptar el riesgo)	Adjudicación de contratos de acuerdo a la ley y normatividad interna y nacional.	Oficina Jurídica.  Enero - Diciembre		Nº Contratos celebrados / No Sanciones, multas, demandas por contratación indebida

		sector financiero. Inadecuada prestación de servicios públicos a cargo del Estado.							
10. Compañías ficticias	Contrataciones celebradas con empresas fantasmas, que ofrecen en su objeto social una gran variedad de servicios, constituidas con capitales e infraestructura ficticias y socios que en tal calidad aparecen en varias compañías oferentes y de la misma índole	Se contrata con personas no idóneas. Pérdida de garantías para el Estado. Mala calidad en bienes o servicios suministrados. Sobrecostos. Detrimiento patrimonial. Disminución del patrimonio por readquisición de bienes. Hace inoperante la Cámara de Comercio. Se burla la Ley.	2	2	Manual de contratación. Normatividad vigente. Informes de interventorias	BAJO (Aceptar el riesgo)	Adjudicación de contratos de acuerdo a la ley y normatividad interna y nacional.  Análisis de documentos, hoja de vida de la empresa, trayectoria y experiencia.	Oficina Jurídica. Enero - Diciembre	Nº Contratos celebrados / No Sanciones, multas, demandas por contratación indebida
11. Contratos Interadministrativos	Al hallarse excluidos del proceso licitatorio y de garantías, que en un momento dado son importantes instrumentos para requerir el cumplimiento del objeto contractual, y basados únicamente en el compromiso administrativo, se pierden los controles, facilitando la corrupción.	Elaboración de contratos sin estudios previos de factibilidad y técnicos. Generar incumplimiento en su ejecución por falta de información. Sobrecostos para la administración por incumplimiento y prórrogas	3	1	Manual de contratación. Estudios de conveniencia y oportunidad.	BAJO (Aceptar el riesgo)	Auditoria interna y externa.  Cumplimiento de la normatividad vigente.	Oficina Jurídica. Enero - Diciembre	Nº Contratos celebrados / No Sanciones, multas, demandas por contratación indebida

		indefinidas por la falta de coordinación y supervisión. Pérdida de controles financieros y administrativos que facilitan la corrupción y la desidia administrativa.							
12. Interventorías.	<p>El estrecho vínculo que generalmente une al contratista con el interventor distorsiona el control de verificación que le es propio de su función, avalando y aprobando las decisiones del contratista aún en perjuicio de la administración</p> <p>Falta de seguimiento a los contratos de prestación de servicios y obras civiles.</p>	<p>Altos costos de este tipo de contrato sin resultados que reflejen su inversión. Avalan incumplimientos, ejecuciones irregulares, mala calidad de materiales. Autorizan modificaciones técnicas, cambios de especificaciones de materiales, originando mayores costos a la administración. Los acuerdos entre contratista e interventor son conocidos en ocasiones con posterioridad a la ejecución del contrato por parte de la administración. En ocasiones firman actas de recibo sin verificar el efectivo cumplimiento de las obligaciones.</p>	1	3	<p>Manual de contratación.</p> <p>Prohibiciones e inhabilidades por conflictos de interés.</p>	<p><b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo</p>	<p>Cumplimiento del Manual de Contratación y Ley 80</p>	<p>Oficina Jurídica.</p> <p>Enero - Diciembre</p>	<p>Nº Contratos celebrados / No Sanciones, multas, demandas por contratación indebida</p>

13. Irregular uso del contrato de prestación de servicios	Las autoridades administrativas contratan un sinnúmero de personas para cumplir funciones similares o idénticas a las asignadas al personal de planta, sin ninguna justificación y con el único propósito de cumplir compromisos personales o políticos.	Genera "nóminas paralelas" excediendo el número de cargos estrictamente necesarios. Duplicidad de funciones. Detrimiento patrimonial. Dificulta el ejercicio de controles disciplinarios y administrativos. Hace ineficaz el Estado. Las grandes partidas asignadas se podrían utilizar en otros fines sociales.	1	1	Manual de Contratación.  Auditorías internas y externas	BAJO (Aceptar el riesgo)	Informes de auditorías internas y externas	Oficina Jurídica.	Enero - Diciembre	Nº Contratos celebrados / No Sanciones, multas, demandas por contratación indebida
14. Inadecuado manejo de archivos, documentos y carpetas	La falta de cuidado y diligencia en el trámite de los asuntos administrativos se traduce en la ineficacia administrativa del Estado. Verificándose la ausencia de archivos, archivos incompletos, ausencia de soportes importantes de los contratos, contratos sin foliar y contratos sin liquidar.	Ausencia de archivos. Encubrimiento de hechos o acciones irregulares. Desvirtúa principios de responsabilidad. Ausencia de unificación de criterios. Ausencia de controles. Falta de soportes importantes de los contratos.	3	1	Tablas de retención documental.  Implementación Pamec	BAJO (Aceptar el riesgo)	Adopción de la normatividad relacionada con el manejo y custodia de documentos.	Oficina Jurídica	Enero - Diciembre	No de hallazgos encontrados y presentados en el Informe de auditorías internas
15. Demora en la firma de contratos y OPS	Falta agilizar este trámite en Dirección	Traumatismo en los reportes mensuales	2	2	Entrega oportuna de OPS para firma del Gerente	BAJO (Aceptar el riesgo)	Verificación de la firma de los contratos.	Oficina Jurídica - Dirección	Permanente	Contratos firmados / contratos elaborados

16. Realización de actividades y trámites errados en el proceso contractual	por desgaste administrativo y falta de cuidado y precaución en el diligenciamiento, análisis y recepción de documentos dentro del proceso contractual	Incremento en costos operativos	1	2	Programas de reinducción y capacitación Implementación del Pamec.	<b>BAJO</b> (Aceptar el riesgo)	Ejecución de actividades programadas para la vigencia.  Informe de auditorias internas.	Oficina Jurídica - CI	Enero - Diciembre	Actividades realizadas / actividades programadas. Avance Plan de mejoramiento individual
17. Demora en la contestación de demandas y respuesta a derechos de petición.	Se diluye la contestación de demandas, o se hacen con extemporaneidad.	Exposiciones a sanciones disciplinarias, pecuniarias y legales.  Pérdida de credibilidad e imagen corporativa.	3	2	* Procedimiento o Asesoría jurídica Seguimiento de procesos disciplinarios Ley 734 de 2.002	<b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Recepción de demandas estableciendo plazo de contestación.	Oficina Jurídica	Enero - diciembre	No de demandas o derechos de petición efectuados / No. De sanciones por incumplimiento
18. Incumplimiento de normatividad y procedimientos legales.	Vencimiento de plazos y términos legalmente establecidos para atender los derechos de petición y procesos de responsabilidad disciplinaria.  Insuficiencia de personal profesional para atender los asuntos de la oficina.	Constituye una falta disciplinaria. Afecta negativamente la gestión de la entidad. Pérdida de imagen corporativa. Falta de continuidad en los procesos de mejoramiento de la calidad.	2	3	Procedimiento o Asesoría jurídica Seguimiento de procesos disciplinarios Ley 734 de 2.002	<b>MODERADO</b> Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Expedición de un acto administrativo ordenando que las peticiones sean resueltas en un plazo máximo de 10 días. *Diseñar e implementar un manual de procedimiento interno para adelantar el proceso disciplinario.	Oficina Jurídica	Enero - Diciembre	No de demandas o derechos de petición efectuados / No. De sanciones por incumplimiento de términos



- Proceso: GESTIÓN DE APOYO TECNOLÓGICO Y DE INFORMACIÓN.

**Subprocesos:**

- Sistemas de información.
- Gestión documental: Archivo Historias Clínicas, archivo General, Manejo de Correspondencias.
- Evaluación de la producción: Generación y evaluación de indicadores.

**5.3.5 MAPA DE RIESGOS PROCESO GESTIÓN DE APOYO TECNOLÓGICO Y DE INFORMACIÓN.**

RIESGO	DESCRIPCIÓN	POSIBLES CONSECUENCIAS	IMPACTO	PROBABILIDAD	CONTROL EXISTENTE	NIVEL DE RIESGO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADORES
1.	Extravío de documentos e historias clínicas.  Por desastres naturales o imprevistos	Se pueden presentar denuncias por procesos pendientes y pérdida de la información  Pérdida total de la información que imposibiliten reactivar labores administrativas como control de inquilinos, cartera, devoluciones, presupuesto, almacenes y demás.	4	3	Tablas de retención documental.  Implementación del Pamec.  Auditoria de Historias Clínicas.	ALTO (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)	Evaluación de la ejecución del cronograma de actividades.  Formato sistematizado de identificación y codificación de historias clínicas.	Archivo – Estadística	Permanente	Actividades realizadas / actividades programadas

2. Falta de archivadores	Perdida o extravío de documentos e historias clínicas	Demora en la prestación del servicio y en la realización de informes.	3	2	Ubicar la información en cajas rotuladas	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Se programará la compra de estos.	Dirección	Enero – Diciembre	Orden de compra – facturas
3. No hay un proceso estandarizado y documentado para el manejo de historias clínicas.	Las historias clínicas se encuentran archivadas de manera incorrecta, impidiendo su localización ágil y oportuna.  El espacio destinado para su manejo es muy reducido.  No se cuenta con los controles necesarios para evitar su deterioro por el uso, tiempo y bacterias aeróbicas.	Perdida de tiempo en la localización de las historias clínicas.  Insatisfacción del usuario.  Pérdida de imagen corporativa.  Demora en la prestación del servicio.	4	3	No existe	ALTO (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)	Implementación Tablas de retención documental y Pamec.	Archivo	Permanente	Porcentaje de implementación y avance
4. No se cuenta con un proceso sistematizado que recopile las historias clínicas y permita contar con copias de seguridad en medio magnético.	Las historias clínicas son manejadas con medios físicos, no se cuenta con copias de seguridad ni un software para su manejo y control.	Perdida de tiempo en la localización de las historias clínicas.  Insatisfacción del usuario.  Pérdida de imagen corporativa.  Demora en la prestación del servicio.	5	2	No existe	ALTO (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)	Implementar un software para obtener una base de datos y manejo de historias clínicas	Dirección – Archivo	Enero – Diciembre	Programa implementado

5. Inexistencia de una cadena de custodia de historias clínicas	No hay un registro de la salida de las historias clínicas, ni una responsabilidad clara de su custodia.	Perdida de las historias clínicas.  Demora en la prestación del servicio.  Insatisfacción del usuario.	3	2	Formato de entrega de historias clínicas por área de gestión.	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Control interno de los funcionarios de archivo del manejo y custodia de las HC	Archivo	permanente	HC entregadas / HC recibidas
6. No se actualizan las bases de datos de los usuarios al sisben.	No se cuenta con un sistema de Internet banda ancha que posibilite el acceso a las bases de datos on line de manera ágil y eficiente.  La red no brinda seguridad, ya que hay continuos problemas en su acceso.	Insatisfacción de los usuarios.  Demora en el tiempo de atención.	1	3	Bases de datos y sistemas de acceso on line	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Aumento de la capacidad de banda ancha  Trimestral o Cuatrimestralmente revisar el funcionamiento de las UPS, polo a tierra y equipos electrónicos	Sistemas	Enero - Diciembre	No de revisiones / Total revisiones programadas
7. No se realizan copias de seguridad de la información contable, financiera y gerencial	Los problemas de software y hardware pueden causar la pérdida de información valiosa.	Costos financieros.  Desgaste administrativo.  Falta de capacidad de respuesta ante los órganos de control.  No se cuenta con información indispensable para la toma de decisiones.	3	2	Copias de seguridad son realizadas en ocasiones	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Realizar copia semanal de seguridad en un Tape Backup.  Manejo de información en otros dispositivos	Sistemas - Financiera - Contabilidad	Semanal	Cumplimiento de la actividad
8. Falta de mantenimiento a los equipos de cómputo.	No se realiza mantenimiento predicativo, preventivo y correctivo a los equipos de cómputo de la entidad.	Costos financieros.  Desgaste administrativo  Falta de capacidad de respuesta ante los órganos de	1	1	Se cuenta con un profesional de tiempo completo.	BAJO (Aceptar el riesgo)	Diseñar un plan de mantenimiento para la vigencia.	Sistemas	Enero - Diciembre	Actividades realizadas / actividades programadas

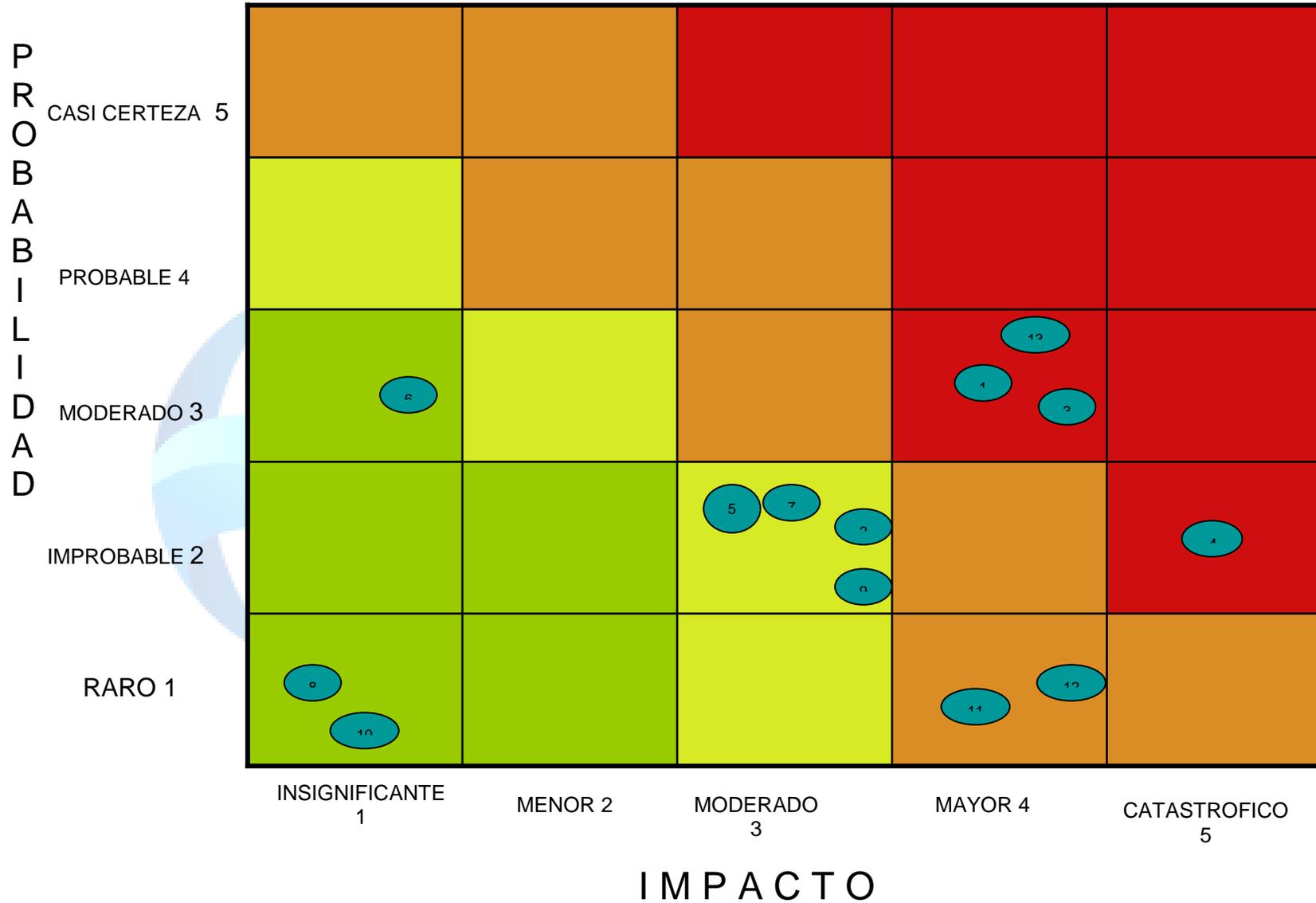
		control.  No se cuenta con información indispensable para la toma de decisiones.							
9. Caída de la red	Daños en algunos de los componentes electrónicos que conforma la red de trabajo, que se pueden dar por una sobre carga eléctrica o por falta de mantenimiento preventivo.	*Se debe realizar un contrato anual para el mantenimiento preventivo de estos equipos especializados	3	2	Mantenimiento preventivo y correctivo	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Ejecución de actividades programadas.	Sistemas	Enero - Diciembre  No de revisiones realizadas / No de revisiones programadas
10. Adquirir software ilegal	Licenciamiento de software incompleto	Sanciones por parte de las autoridades correspondientes.	1	1	Celebración de contratos con la adquisición de la licencias de software completas	BAJO (Aceptar el riesgo)	Se adquiere el Software a distribuidores debidamente autorizados. Se cumple con las normas de contratación estudios previos de conveniencia y factibilidad	Sistemas	Semestral  # Computadores adquiridos con licencia Adquiridos
11. Vulnerabilidad ante ataques externos principalmente de virus informativos o hackers.	Las conexiones a Internet y con otras redes externas al Instituto pueden convertirse en vías de	Perdida total de la información o modificaciones que alteren el normal desarrollo de la institución	4	1	Actualmente se tiene implementado un Firewall y software antivirus para mejorar la seguridad de la red.	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Revisiones periódicas y actualización de programad	Sistemas	Enero -- Diciembre  Actividades realizadas / actividades programadas

	acceso para agentes malintencionados.									
12. Pérdida de información, daño de equipos y fallas en los sistemas de información	Incapacidad para dar respuesta oportuna a los requerimientos de información e informes de gestión a órganos de control y grupos de interés.	Incremento en costos operativos	4	1	Se cuenta con los medios físicos para en cualquier momento reconfigurar cualquiera de los servidores (Dominio, Correo, Internet y antivirus)	MODERADO Reducir el riesgo Evitar el riesgo Compartir o transferir el riesgo	Realizar copia mensual de seguridad en un Tape Backup. Una relación de las copias en Tape Backup deben guardarse en la Caja Fuerte	Sistemas	Semanal	No. De veces que se desconfigura alguno de los servidores
13. Los sistemas de información no son confiables.	Los sistemas de información provenientes de la secretaria de salud departamental, municipal, ARS y sisben no brindan información real sobre	Insatisfacción de los usuarios.  Disminuye la competitividad de la entidad.	4	3	Trabajo en red con los sistemas oficiales de datos poblacionales.	ALTO (Prevenir, proteger y compartir el riesgo)	Alimentar el sistema.  Sugerir la contrastación de las bases de datos con los datos entregados por la población	Facturación - Sistemas	Permanente	Casos de desviaciones encontradas en facturación/ Total casos facturados

	la categoría y datos del paciente.									
--	------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--



**HOSPITAL LOCAL DE  
PIEDECUESTA**  
*Trabajamos por tu salud*





**HOSPITAL LOCAL DE  
PIEDECUESTA**  
*Trabajamos por tu salud*

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

**Al** abordar el análisis y estudios de los riesgos operativos institucionales bajo la normativa y metodología vigente, se llega a entender la importancia de la adopción de esta clase de políticas e instrumentos en la ESE Local de Piedecuesta, mediante las cuales se pretender minimizar su impacto, de tal suerte que al revisar el consolidado de los riesgos listados se concluye:

- Para la Entidad era prioritario definir políticas en esta materia. Este documento resuelve esa condición.
- La integración del tema de la administración del riesgo, conlleva al cumplimiento por parte de funcionarios, dependencias y Entidad en general, a aplicar una metodología estandarizada.
- La participación dinámica y proactiva de jefes y funcionarios permitió el diseño de la metodología propuesta para la administración del riesgo en la ESE.
- El ejercicio realizado, se constituye en la base para la re construcción del Mapa de Riesgos Institucional ya que mediante un proceso de mejoramiento continuo se irá perfeccionando con la metodología y el uso de nuevos sistemas de información.

Por lo antes expuesto, de manera concreta se proponen las siguientes recomendaciones:

- Buscar puntos de acercamiento para que todos los funcionarios de la ESE Hospital Local de Piedecuesta expresen el concepto de riesgo con igual propiedad y manejo, y con ello conciliar vocablos que aplican tanto dentro, como fuera de su labor pública.
- La información recolectada inicialmente y que sirvió de insumo para elaborar el mapa de los riesgos operativos debe ser actualizada, lo cual se debe llevar a cabo por medio de la estandarización y divulgación, para la apropiación de los conceptos asociados a los riesgos de los procesos y actividades.
- Convocar a la Organización a aplicar los lineamientos establecidos sobre administración de los riesgos, y a la participación activa en todo momento para la aprehensión de las nuevas prácticas propuestas, que exigen calidad en la información generada y compartida, decisiones

oportunas, asignación racional de recursos, respuestas eficaces y ante todo, compromiso ético.

- Estimular la sensibilización de todos los funcionarios y empleados sin importar su forma de vinculación laboral para adoptar los conceptos del riesgo en su desempeño diario, para imprimir dinamismo, eficiencia y con ello alcanzar resultados eficaces en la gestión individual, del área y de la Entidad.
- La Oficina de Control Interno continuará liderando en todo momento este proceso, hasta lograr la interiorización de la administración de riesgos en cada uno de los niveles de la ESE.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Departamento Administrativo de la Función Pública. *Cartilla Guía Administración de Riesgos*. 2001.

Departamento Administrativo de la Función Pública. *Cartilla Guía Administración de Riesgos*. 2006.

Git Soluciones Integrales. *Traducción Administración del Riesgo*. Estándar as/nz 4360. Consultores. Teléfono 288 4062.

Git Soluciones Integrales. *Sistema de Información Methoware*. Consultores. Teléfono 288 4062.

Usaid-Casals & Associates Inc. *Modelo de Control Interno para Entidades del Estado*. Versión 1. 2004.

Dado en Piedecuesta el 22 de octubre de 2014

**SERGIO MAURICIO RAMIREZ RAMIREZ**  
Asesor de control interno