



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO: MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

OBJETIVO: Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución.

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Son los riesgos que ocurren bajo el control de la institución, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que comprende los objetivos y acciones a realizar, el análisis de los factores internos y externos que puedan generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.									VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, se busca determinar la zona de riesgo inicial.			VALORACIÓN DE CONTROLES: un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de procesos con el apoyo de su equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO/SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Como	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe ordenar todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
1	PLANEACION	ECONOMICO	Falta de recursos financieros para el cumplimiento de las políticas y/o planes estratégicos	Falta de seguimiento en el cumplimiento de políticas, planes y proyectos institucionales	PROBABILIDAD DE INCUMPLIR REQUISITOS NORMATIVOS O LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES QUE CONLLEVEN A SANCIONES ADMINISTRATIVAS	Sanciones administrativas Afectación de la imagen institucional	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	MONITOREO A OBJETIVOS INSTITUCIONALES MEDIANTE LA MEDICIÓN DE INDICADORES RELACIONADOS CON EL CUMPLIMIENTO QUIEN: OFICINA DE PLANEACIÓN PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: INFORME DE SEGUIMIENTO A OBJETIVOS INSTITUCIONALES	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN DE POLÍTICAS INSTITUCIONALES QUIEN: OFICINA DE PLANEACIÓN PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: MATRIZ DE SEGUIMIENTO POLÍTICAS INSTITUCIONALES	MODERADO		
												3	SEGUIMIENTO A PLANES INSTITUCIONALES REGLAMENTADOS POR EL DECRETO 612 DEL 2018 QUIEN: OFICINA DE PLANEACIÓN PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: ACTAS DE ASISTENCIA Y CORREOS ELECTRONICOS CON EL % DE AVANCE DE CADA PLAN INSTITUCIONAL DESVIACIÓN DEL CONTROL: INCUMPLIMIENTO DE PLAN INSTITUCIONAL	MODERADO		
2	PLANEACIÓN	REPUTACIONAL	Entrega inoportuna de información por parte de los responsables de los procesos y subprocesos	Fallas en el seguimiento de informes a presentar a Entidades Externas	POSIBILIDAD DE INCUMPLIMIENTO EN PRESENTACIÓN DE INFORMES INSTITUCIONALES POR PARTE DE LOS PROCESOS Y SUBPROCESOS RESPONSABLES DE ENVÍO DE INFORMACIÓN A ENTIDADES EXTERNAS	Sanciones administrativas, Resales disciplinarios Afectación de la imagen institucional	EJECUCION Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MEDIA	MAYOR	ALTA	1	REPORTE A LOS RESPONSABLES DE ENTREGA DE INFORMES DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA DE INFORMES INSTITUCIONAL PL-FI-10 QUIEN: PROFESIONAL DE PLANEACIÓN PERIODICIDAD: QUINCENAL EVIDENCIA: OFICIOS ENVÍADOS DESVIACIÓN DEL CONTROL: ENTREGA INOPORTUNA DE INFORMES	MAYOR	ALTA	REDUCIR
												2	GENERACIÓN DE RECORDATORIOS POR CORREO INSTITUCIONAL A LOS RESPONSABLES DEL REPORTE QUIEN: PROFESIONAL DE PLANEACIÓN PERIODICIDAD: QUINCENAL EVIDENCIA: PANTALLAZO DE LOS RECORDATORIOS NOTIFICADOS	MAYOR		
												3	SEGUIMIENTO A LA ENTREGA OPORTUNA DE INFORMES MEDIANTE CERTIFICACIÓN POR PARTE DEL RESPONSABLE QUIEN: PROFESIONAL DE PLANEACION PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: CERTIFICACIONES DE REPORTE A TRAVE\$ DEL FORMATO PL-FI-30	MAYOR		
												4	ACTUALIZACIÓN DE LA MATRIZ DE INFORMES PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: MATRIZ ACTUALIZADA Y APROBADA POR LOS RESPONSABLES DE EJECUCIÓN	MAYOR		
3	PLANEACIÓN	REPUTACIONAL	No se cuenta con un sistema de información integrado	No contar con información confiable oportuna y clasificada para formular, hacer seguimiento y dar cumplimiento a las metas programadas en el plan de gestión y el plan operativo anual	POSIBILIDAD DE CALIFICACION INSATISFACTORIA EN LA EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTIÓN Y PLAN OPERATIVO ANUAL INSTITUCIONAL	Destitución del representante legal Afectación de la imagen institucional	EJECUCION Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	BAJA	MAYOR	ALTA	1	MONITOREO Y SEGUIMIENTO A LAS METAS E INDICADORES DE LA MATRIZ DE PLAN DE GESTIÓN Y PLAN OPERATIVO ANUAL INSTITUCIONAL QUIEN: PROFESIONAL DE PLANEACIÓN PERIODICIDAD: MENSUAL (POA) Y PARA EL PLAN DE GESTIÓN TRIMESTRAL EVIDENCIA: MATRIZ DE SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DEL PLAN DE GESTIÓN Y MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE PLAN OPERATIVO ANUAL INSTITUCIONAL	MAYOR	ALTA	REDUCIR
												2	CONSOLIDACION DE SOPORTES DE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES A LAS METAS ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE GESTIÓN Y PLAN OPERATIVO ANUAL INSTITUCIONAL QUIEN: PROFESIONAL DE PLANEACIÓN PERIODICIDAD: MENSUAL (POA) Y PARA EL PLAN DE GESTIÓN TRIMESTRAL EVIDENCIA: MATRIZ DE CALIFICACIÓN CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE LA RESOLUCIÓN 408 DEL 2018 Y MATRIZ DE SEGUIMIENTO A METAS DEL POA INSTITUCIONAL	MAYOR		



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO:		MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL														
OBJETIVO:		Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución														
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que afectan o no logro el cumplimiento de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto interno y externo de la entidad, la materialización de cada proceso que involucra su ejecución y ejecución, también, el análisis interno y externo de los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.									VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias e impacto, se busca determinar la zona de riesgo total			VALORACIÓN DE CONTROLES: un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Como	CAUSA RAÍZ Por qué	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGÍA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	Nº CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
4	PLANEACIÓN	REPUTACIONAL	Falta de adherencia al uso de la plataforma documental	Falta en el seguimiento a la vigencia de los documentos	POSIBILIDAD DE INCUMPLIMIENTO NORMATIVO POR EL USO DE DOCUMENTOS DESACTUALIZADOS	Pérdida de la certificación ISO 9001:2015	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESOS	ALTA	MENOR	MODERADO	1	QUE SEGUIMIENTO A LA VIGENCIA DE LOS DOCUMENTOS IDENTIFICADOS EN EL LISTADO MAESTRO MEDIANTE SEMAFORIZACIÓN QUIEN: PROFESIONAL DE PLANEACIÓN PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS CON SEMAFORIZACIÓN	Menor	MODERADO	REDUCIR
												2	QUE REPORTE AL RESPONSABLE DEL DOCUMENTO EL VENCIMIENTO POR TIEMPO PARA SU ACTUALIZACIÓN QUIEN: PROFESIONAL DE PLANEACIÓN PERIODICIDAD: CUANDO OCURRA EL VENCIMIENTO EVIDENCIA: CORREO DE REPORTE AL RESPONSABLE DEL DOCUMENTO	Menor		
												3	AUDITORIA INTERNA A LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE ACUERDO A CRONOGRAMA PERIODICIDAD: DE ACUERDO A CRONOGRAMA EVIDENCIA: INFORMES DE AUDITORIA	Menor		
5	SUBPROCESO JURIDICA	ECONOMICO	No actuar en cada una de las etapas procesales y dentro de los términos establecidos por Ley, en las actuaciones que deben surtir en los procesos judiciales, trámites extrajudiciales y administrativos a cargo. La falta de talento humano abogados para la defensa judicial	Sentencias adversas a la E.S.E que impongan obligaciones de hacer o pecuniarias y vencimiento de términos y se inicie por los Entes de Control, procesos disciplinarios y fiscales	POSIBILIDAD DE SANCIONES Y CONDENAS POR OMISIONES DE LA OFICINA JURIDICA	Impacto económico para la entidad Incidentes de desahucio	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	CATÁSTRICO	EXTREMO	1	SEGUIMIENTO A LA CONTESTACIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN DE LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS QUIEN: TALENTO HUMANO DE JURIDICA PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: APLICATIVO GEJUR - TRAZABILIDAD EN CORREOS ELECTRONICOS	CATÁSTRICO	EXTREMO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO Y ASIGNACIÓN DE RESPONSABLE PARA CONTESTACIÓN Y DE BODA TRAZABILIDAD MEDIANTE EL APLICATIVO GEJUR - GESTIÓN JURIDICA QUIEN: REFERENTE PROCESO JURIDICA PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: MATRIZ GENERADA POR EL APLICATIVO GEJUR DONDE SE REALIZA ASIGNACIÓN DEL RESPONSABLE	CATÁSTRICO		
												3	SEGUIMIENTO A LA CONTESTACION DE ACCIONES DE TUTELAS DE LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS QUIEN: TALENTO HUMANO DE JURIDICA PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: MATRIZ GENERADA POR EL APLICATIVO GEJUR	CATÁSTRICO		
												4	SEGUIMIENTO A LA CONTESTACIÓN DE MANDAS RADICADAS EN LA OFICINA JURIDICA QUIEN: TALENTO HUMANO DE JURIDICA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: MATRZ GENERADA POR EL APLICATIVO GEJUR	CATÁSTRICO		



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO: MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

OBJETIVO: Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que afectan o que impactan el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto externo en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que conforma los objetivos y riesgos y, también, se analiza sobre los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos.									VALORACIÓN DEL RIESGO: A partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impactos, se busca determinar la zona de riesgo total.			VALORACIÓN DE CONTROLES: Un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Las responsabilidades de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO/SUBPROCESO	IMPACTO Qué	CAUSA Cómo	CAUSA RAÍZ Por qué	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sean fáciles de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGÍA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
8	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	REPUTACIONAL	Omisión de la política del SGSST de las responsabilidades dentro del SGSST, reglamento de higiene y seguridad industrial, manual de bioseguridad y reporte de accidentes e incidentes de trabajo	Omisión de la política del SGSST, de las responsabilidades dentro del SGSST, reglamento de higiene y seguridad industrial, manual de bioseguridad y reporte de accidentes e incidentes de trabajo	POSIBILIDAD DE PRESENTAR DETERIORO EN LA SALUD DE LOS TRABAJADORES POR INCUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES O RESTRICCIONES LABORALES O DE ORIGEN COMÚN	Aumento del ausentismo por enfermedad laboral o causa médica Aumento de la frecuencia de la accidentalidad	RELACIONES LABORALES	PROCESO	Baja-Alta	MODERADO	ALTA	1	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL QUE: SEGUIMIENTO A INDICADORES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUIEN: REFERENTE DE SST PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: INDICADORES DE GESTIÓN	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	CAPACITACIÓN ACORDE A CRONOGRAMA PROGRAMADO DESDE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUIEN: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO CON ASESORIA DE AXA COLPATRIA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: CRONOGRAMA Y LISTADOS DE ASISTENCIA	MODERADO		
												3	INSPECCIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUIEN: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PERIODICIDAD: UN SERVICIO MENSUAL EVIDENCIA: INFORME DE INSPECCIONES Y CRONOGRAMA DE INSPECCIONES	MODERADO		
												4	IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES DEL CRONOGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUIEN: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: EJECUCIÓN DEL CRONOGRAMA Y SOPORTES DE EVIDENCIAS	MODERADO		
												5	INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES QUIEN: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: FORMATO DE INVESTIGACIONES DILIGENCIADO	MODERADO		
												6	SEGUIMIENTO AL AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD Y/O TRABAJO PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: MATRIZ DE AUTOREPORTE	MODERADO		
												7	SEGUIMIENTO A CONDICIONES Y RESTRICCIONES MEDICAS PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: MATRIZ DE SEGUIMIENTO A CONDICIONES Y RESTRICCIONES MEDICAS	MODERADO		
9	GESTIÓN DE MERCADERO	ECONÓMICO	Falta de Convenios contractuales con Aseguradores	Dificultades en los acuerdos de voluntades	POSIBILIDAD DE DISMINUCIÓN DE VENTA DE SERVICIOS POR DIFICULTADES EN LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES CON LAS EAPB	Reducción de ingresos por servicios médicos Pérdida de pacientes y confianza en el hospital Limitación en el acceso a nuevos convenios o financiaciones	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MEDIA	MODERADO	MODERADO	1	SEGUIMIENTO A LOS ACUERDOS CONTRACTUALES CON LOS ASEGURADORES Y EJECUCIÓN DE LA FACTURACIÓN QUIEN: REFERENTE DE MERCADERO PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: OFICIOS, ACTAS DE COMITÉ DE GESTIÓN COMPARTIDA, FICHA DE CONTRATACIÓN DONDE SE EVIDENCIA EL SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	REUNIONES PRIORIZADAS CON AJUADOS ESTRATÉGICOS CON EL FIN DE CORREGIR DESVIACIÓN SEGUIMIENTO A SOLICITUDES QUIEN: PARTICIPANTES DEL COMITÉ DE GESTIÓN COMPARTIDO PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: ACTAS DE COMITÉ	MODERADO		

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO: MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

OBJETIVO: Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que afectan o no afectan al control de la organización, por falta de datos, en cuanto al contexto estratégico, en el que opera la entidad, la efectividad de los procesos que conforman el negocio y la eficiencia y efectividad del servicio frente a los usuarios internos y externos que puedan generar riesgos que afecten al cumplimiento de sus objetivos.									VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, se busca determinar la zona de riesgo institucional.			VALORACIÓN DE CONTROLES: un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles, son los líderes de procesos con el apoyo de su equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Como	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe describir todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
10	GESTIÓN DE MERCADERO	ECONÓMICO	Análisis inadecuado de tarifas	Falta de análisis de mercado	POSIBILIDAD DE IMPACTO ECONÓMICO POR ACUERDO INEFICIENTE DE TARIFAS CON LOS ASEGURADOS O PAGADORES	Pérdida de rentabilidad en los servicios ofrecidos Aumento de la deuda o dependencia financiera	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESOS	MEDIA	MODERADO	MODERADO	1	ESTABLECER EL ESTUDIO DE MERCADO, COSTOS Y VENTAS EN CONJUNTO CON DICHOS PROCESOS, CON LA FINALIDAD DE REALIZAR ACUERDOS BENEFICIOSOS PARA LA ENTIDAD QUIEN: REFERENTES DE MERCADERO, COSTOS Y FACTURACIÓN PERIODICIDAD: A DEMANDA EVIDENCIA: NOTAS TÉCNICAS O ANEXOS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
11	SIAU	REPUTACIONAL	Comparación del usuario frente a otras IPS. Que el ciclo de atención no sea completo. Mala atención	La falta de seguimiento y control no permite conocer la expectativa de nuestro cliente además frente a la prestación del servicio lo que impide realizar acciones de mejora	POSIBILIDAD DE INSATISFACCIÓN DEL USUARIO FRENTE A LA ATENCIÓN	Preferencias en otro lugar de atención Afectación de la imagen institucional	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN A LOS USUARIOS QUE ASISTEN A LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y AMBULATORIO, A TRAVÉS DE ENCUESTAS REALIZADO POR LOS ORIENTADORES DE SIAU, MEDIANTE FORMATO AU-FT-14 V01 Y AU-FT-15 V01 QUIEN: ORIENTADOR SIAU PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: INFORME PRESENTADO A GERENCIA	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES CORRECTIVAS DE LOS SERVICIOS QUE PRESENTAN PQRSFD QUIEN: APOYO PROFESIONAL SIAU PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: PLANES DE MEJORA EN ALMERA	MODERADO		
12	SIAU	REPUTACIONAL	Rotación de los líderes	Desconocimiento del procedimiento gestión de PQRSFD	PROBABILIDAD DE VENCIMIENTO DE TÉRMINOS EN LA GENERACIÓN DE RESPUESTA DE PQRSFD A LOS USUARIOS	Demandas ante entes de control Afectación de la imagen institucional	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	QUE GESTIÓN DE LAS PQRSFD POR MEDIO DE LA MATRIZ INSTITUCIONAL AU-FT-09 V04 QUIEN: APOYO PROFESIONAL DEL SIAU PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: MATRIZ INSTITUCIONAL AU-FT-09 V04 DEVIACIÓN DEL CONTROL: INSATISFACCIÓN DEL USUARIO	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO A LA RESPUESTA EFECTIVA DE LAS PQRSFD QUIEN: APOYO PROFESIONAL DEL SIAU PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: INFORME EMITIDO A LA GERENCIA	MODERADO		
13	TRABAJO SOCIAL	REPUTACIONAL	Falta de competencias y habilidad del Talento Humano para la búsqueda activa	Falta de competencias y habilidad del Talento Humano para la búsqueda activa	POSIBILIDAD DE IDENTIFICACIÓN INOPORTUNA DE LAS NECESIDADES DEL USUARIO EN LOS SERVICIOS Y PUNTOS DE ORIENTACIÓN AL USUARIO DURANTE RONDAS Y VISITAS A PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EN EL SERVICIO AMBULATORIO	Que ya insatisfacción del usuario	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES POR MEDIO DEL FORMATO AU-FT-10 V01 Y TS-IN- V01 PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: FORMATOS INFORME REMITIDO A GERENCIA	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
14	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	ECONÓMICO	FORMALIZAR PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN, DEPURACIÓN, CONSOLIDACIÓN, ANÁLISIS Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN	FUENTES MÚLTIPLES DE INFORMACIÓN. DATOS NO VALIDADOS EN FORMA ADECUADA. NOTIFICACIÓN DE INDICADORES AJUSTADOS PARA CUMPLIMIENTO	POSIBILIDAD DE MULTAS O SANCIONES DE ENTES DE CONTROL O REGULADOR POR INOPORTUNIDAD E INCUMPLIMIENTO DE LAS METAS TRAZADAS	MULTAS O SANCIONES AFECTACIÓN ECONOMICA SOBRE LA ENTIDAD	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MEDIA	MODERADO	MODERADO	1	CONSOLIDACIÓN Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN REPORTADA POR LAS DIFERENTES ÁREAS QUIEN: SISTEMAS DE LA INFORMACIÓN PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: MATRIZ DE CONSOLIDACIÓN	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	ANÁLISIS TÉCNICO DE LA INFORMACIÓN PARA ENTREGA DE COMITÉ DE LA UNIDAD DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN QUIEN: REFERENTE DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: ACTAS DE REUNIÓN DEL COMITÉ	MODERADO		
												3	SEMAFORIZACIÓN CON EL FIN DE REALIZAR SEGUIMIENTO A LA OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE REPORTE POR PARTE DE LOS REFERENTES DE LAS UNIDADES DE PRODUCCIÓN QUIEN: SISTEMAS DE INFORMACIÓN PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: FORMATO REGISTRO DE REPORTE,8 SISTEMAS DE INFORMACIÓN IC-SI-FT-10	MODERADO		
												4	SEGUIMIENTO AL ENVÍO Y RADICACIÓN DE INFORMES QUIEN: INGENIERA DE SISTEMAS DE LA UNIDAD DE SISTEMAS DE LA INFORMACIÓN PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: MATRIZ CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DE INFORMES Y PANTALLAZOS A LA OFICINA DE PLANEACIÓN	MODERADO		

Hospital San Rafael de Puntacana												Código y Versión PL-FT-17 V03 Páginas				
FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025																
PROCESO:		MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL														
OBJETIVO:		Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución														
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que afectan o impactan el cumplimiento de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto organizacional en el que opera la entidad, la vulnerabilidad de sus procesos y de sus productos que sustentan su objetivo y misión, también se debe tener en cuenta los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.										VALORACIÓN DEL RIESGO: A partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias e impacto, se busca determinar la zona de riesgo inicial.			VALORACIÓN DE CONTROLES: un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.			
REFERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Como	CAUSA RAIZ Por qué	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe considerarse todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGÍA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
15	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	REPUTACIONAL	INGRESO SIN CONTROL SEGURO DE USUARIOS A LA PLATAFORMA DINÁMICA GERENCIAL NET INFORMACIÓN SIN RESPALDO EN COPIAS DE SEGURIDAD PERMISOS Y ROLLES DE USUARIOS CONTROLADOS POR OTRA DEPENDENCIA	ALCANCE E IMPLEMENTACIÓN DE EL PLAN DE SEGURIDAD INFORMÁTICA SIN INCLUIR SISTEMAS DE INFORMACIÓN	POSIBILIDAD DE PERDIDA DE INFORMACIÓN E BASE DE DATOS. INFORMES GENERADOS Y EVIDENCIA DE ENVÍO DE INFORMACIÓN	Impacto legal y normativo. Impacto en la toma de decisiones	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MEDIA	MENOR	MODERADO	1	COPIA DE INFORMACIÓN EN CORREO O HERRAMIENTA INSTITUCIONAL. QUIEN: SISTEMAS DE LA INFORMACIÓN. PERIODICIDAD: SEMANAL. EVIDENCIA: COPIA DE SEGURIDAD	MENOR	MODERADO	REDUCIR
												2	VERIFICACIÓN DE SOLICITUD DE GENERACIÓN DE REPORTES Y CONTROL DE ENTREGA DE INFORMACIÓN. QUIEN: SISTEMAS DE INFORMACIÓN. EVIDENCIA: FORMATO DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN IC-SI-FT-01 Y REGISTRO EN MOODLE. PERIODICIDAD: A DEMANDA	MENOR		
16	SISTEMAS DE INFORMACIÓN / COMUNICACIONES	REPUTACIONAL	NO ADHERENCIA A LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS POR COMUNICACIONES	INCUMPLIMIENTO DE LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS POR COMUNICACIONES	POSIBILIDAD DE INADECUADA COMUNICACIÓN INTERNA Y EXTERNA DE LOS PRODUCTOS SOLICITADOS POR LOS DIFERENTES PROCESOS Y/O SUBPROCESOS	MALA IMAGEN INSTITUCIONAL	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	ELABORACIÓN DEL MATERIAL AUDIOVISUAL DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS SOLICITADOS EN EL FORMATO ELABORACIÓN DE MATERIAL AUDIOVISUAL CON CÓDIGO CM-FT-05. QUIEN: PROFESIONAL DE APOYO DE COMUNICACIONES. PERIODICIDAD: DE ACUERDO A NECESIDAD	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	REVISIÓN APROBACIÓN Y PUBLICACIÓN EN LOS CANALES DIGITALES DE LA INSTITUCIÓN (PAGINA WEB, REDES SOCIALES, Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN). QUIEN: PROFESIONAL DE COMUNICACIONES. PERIODICIDAD: MENSUAL. EVIDENCIA: MATRIZ DE COMENTARIOS NEGATIVOS CON CÓDIGO IC-MC-FT-10	MODERADO		
17	GESTIÓN DE CALIDAD	REPUTACIONAL	1 Factores Externos •Cambios regulatorios inesperados •Emergencias externas	1 Factores Organizacionales 2 Falta de Recursos 3 Gestión Inadecuada del Tiempo 4 Factores Humanos 5 Problemas de Comunicación 6 Fallos en el Seguimiento •Ausencia de indicadores de desempeño •Falta de retroalimentación	PROBABILIDAD DE INCUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE AUDITORÍAS DE CALIDAD DE LA INSTITUCIÓN	1 Consecuencias en la Calidad de la Atención 2 Impacto en el Cumplimiento Normativo 3 Repercusión Financiera 4 Consecuencias en la Imagen y Reputación 5 Efectos en la Cultura Organizacional	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MEDIA	MODERADO	MODERADO	1	DISEÑO DE UN PROGRAMA ESTRUCTURADO DE AUDITORÍAS. PERIODICIDAD: ANUAL. EVIDENCIA: PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA. PERIODICIDAD: TRIMESTRAL. EVIDENCIA: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN AL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	MODERADO		
18	GESTIÓN DE CALIDAD	REPUTACIONAL	Problemas de Comunicación •Deficiente comunicación interna •Retrasos en la socialización de resultados 7 Factores Externos •Cambios regulatorios o normativos •Emergencias externas 8 Falta de Cultura de Calidad •Enfoque reactivo en lugar de proactivo •Falta de integración de la mejora continua	1 Factores de Planificación •Definición deficiente de objetivos •Falta de priorización •Planificación poco realista 2 Falta de Recursos •Falta de personal capacitado 3 Factores Organizacionales •Desconexión entre áreas •Sobrecarga laboral 4 Problemas de Seguimiento y Monitoreo •Ausencia de indicadores de desempeño •Monitoreo inadecuado •Falta de ajustes oportunos	PROBABILIDAD DE INCUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DERIVADOS DE LA AUTOEVALUACIÓN REALIZADA EN EL MARCO DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN	1 En la Acreditación y Cumplimiento Normativo •Pérdida o rechazo de la acreditación •Mayor supervisión externa 2 En la Calidad y Seguridad del Paciente •Persistencia de fallas críticas •Deterioro de la experiencia del paciente 3 En la Gestión Organizacional •Desgaste en la cultura organizacional •Desperdicio de recursos •Fragmentación entre áreas	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESOS	MEDIA	MODERADO	MODERADO	1	DEFINICIÓN CLARA DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO. PERIODICIDAD: ANUAL. EVIDENCIA: PLANES DE MEJORAMIENTO PLANTEADOS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	GENERAR CONTROLES DE MONITOREO PERIÓDICOS IMPLEMENTANDO ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS DE LOS MISMOS. PERIODICIDAD: TRIMESTRAL. EVIDENCIA: ACCIONES CON SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	MODERADO		
19	GESTIÓN DE CALIDAD	REPUTACIONAL	Falta de Cumplimiento en los Planes de Mejora Incumplimiento en las Condiciones de Seguridad	1 Incumplimiento en las Condiciones Técnico-Administrativas 2 Incumplimiento en las Condiciones de Talento Humano 3 Incumplimiento en las Condiciones de Infraestructura 4 Incumplimiento en las Condiciones de Equipos y Dispositivos Médicos 5 Incumplimiento en las Condiciones de Suministros y Medicamentos 6 Incumplimiento en las Condiciones de Procesos Prioritarios	PROBABILIDAD DE PÉRDIDA DE LA CERTIFICACIÓN DE HABILITACIÓN DE ACUERDO CON RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 EN LOS PUESTOS DE SALUD QUE ACTUALMENTE CUENTAN CON DICHA CERTIFICACIÓN	Consecuencias Legales y Administrativas Impacto en los Pacientes Impacto Financiero en la Institución Impacto en la Reputación Impacto en el Personal de Salud Impacto en la Comunidad Dificultades para Recuperar la Certificación Consecuencias en el Sistema de Salud	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESOS	MEDIA	MODERADO	MODERADO	1	PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN PERIÓDICO DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 3100 DE 2019. QUIEN: PROFESIONAL DE CALIDAD. PERIODICIDAD: TRIMESTRAL. EVIDENCIA: INSTRUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	GENERAR PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO CONTINUO A SU EJECUCIÓN. QUIEN: PROFESIONAL DE CALIDAD - LÍDERES DE PROCESO. PERIODICIDAD: TRIMESTRAL. EVIDENCIA: INSTRUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN	MODERADO		

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO: MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

OBJETIVO: "Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que pueden afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución"

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que afectan o que tienen el potencial de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto del riesgo en el que se opera, la misión, visión, valores, la estructura organizacional, los procesos, los recursos humanos, tecnológicos, financieros, etc. y las amenazas que pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.									VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de materialización del riesgo y sus consecuencias a respecto a, se busca determinar la zona de riesgo institucional.			VALORACIÓN DE CONTROLES: un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Causa	CAUSA RAZZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe mantener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
20	GESTIÓN DE CALIDAD	REPUTACIONAL	Deficiencias en la gestión de riesgos 7. Problemas con la comunicación interna y el compromiso de la organización 8. Cambios no controlados en los procedimientos administrativos 9. No cumplimiento de los requisitos legales y regulatorios 10. Déficit en el seguimiento a la retroalimentación de las auditorías externas	1. No cumplir con los requisitos documentales del Sistema de Gestión. 2. Ausencia de un enfoque centrado en el cliente 3. Déficit en la mejora continua 4. Falta de recursos adecuados para la implementación 5. No mantener la auditoría interna y la revisión de la alta dirección	POSIBILIDAD DE PERDER LA CERTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD	1. Pérdida de confianza de los pacientes y la comunidad 2. Reputación deteriorada y pérdida de competitividad 3. Reducción en la eficiencia operativa y la mejora continua	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	EJECUCIÓN DE LAS AUDITORIAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD QUIEN: REFERENTES A CARGO DE LA AUDITORIA PERIODICIDAD: DE ACUERDO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO EVIDENCIA: INFORMES DE AUDITORIA REALIZADOS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD QUIEN: REFERENTE DE CALIDAD Y GERENCIA PERIODICIDAD: ANUAL EVIDENCIA: INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	MODERADO		
												3	AUDITORIA EXTERNA CON EL FIN DE REALIZAR SEGUIMIENTO A LA CERTIFICACIÓN ISO 9001: 2015 PERIODICIDAD: ANUAL EVIDENCIA: INFORME DE AUDITORIA EXTERNA	MODERADO		
21	GESTIÓN DE CALIDAD	REPUTACIONAL	Incumplimiento en las Condiciones Técnico-Administrativas 2. Incumplimiento en las Condiciones de Talento Humano Incumplimiento en las Condiciones de Infraestructura Incumplimiento en las Condiciones de Equipos y Dispositivos Médicos	Incumplimiento en las Condiciones de Suministros y Medicamentos Incumplimiento en las Condiciones de Procesos Prioritarios Falta de Cumplimiento en los Planes de Mejora Incumplimiento en las Condiciones de Seguridad	PROBABILIDAD DE PÉRDIDA DE LA CERTIFICACIÓN DE HABILITACIÓN DE ACUERDO CON RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 EN LOS PUESTOS DE SALUD QUE ACTUALMENTE CUENTAN CON DICHA CERTIFICACIÓN	Consecuencias Legales y Administrativas Impacto en los Pacientes Impacto Financiero en la Institución Impacto en la Reputación Impacto en el Personal de Salud	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MEDIA	MODERADO	MODERADO	1	AUTOEVALUACIONES DEL SISTEMA DE HABILITACIÓN DE ACUERDO A LOS REQUISITOS DE LA RESOLUCIÓN 3100/2019 QUIEN: PROFESIONALES DE CALIDAD PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: INFORME DE AUTOEVALUACIONES REALIZADAS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	RONDAS POR LOS SERVICIOS QUE PERMITAN IDENTIFICAR HALAZOS DE REALIZADOS CON HABILITACIÓN Y GESTIÓN DE LOS MISMOS QUIEN: PROFESIONALES DE CALIDAD PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: INFORME DE RONDA REALIZADO	MODERADO		
22	GESTIÓN DE LA CALIDAD / DISCAPACIDAD	REPUTACIONAL	Falta en la identificación de la población en condición de discapacidad	Desconocimiento del procedimiento de atención integral a paciente en discapacidad PD-PRO2-V02 No hay actividades de evaluación sistemática del procedimiento de atención del paciente en condición de discapacidad	PROBABILIDAD DE INCUMPLIMIENTO NORMATIVO POR FALLAS EN LA ATENCIÓN DE POBLACIÓN CON ENFOQUE DIFERENCIAL	INSATISFACCIÓN DEL USUARIO GENERACIÓN DE PLANES DE MEJORA	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MEDIA	MENOR	MODERADO	1	MONITOREAR DE MANERA SISTEMÁTICA LA PRIORIZACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD QUIEN: RESPONSABLE PROGRAMA DE DISCAPACIDAD CUÁNDO: PERIODICIDAD: DE MANERA MENSUAL MEDIO DE VERIFICACIÓN: TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LISTAS DE CHEQUEO	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE LAS ADECUACIONES FÍSICAS ENFOCADAS A LA POBLACIÓN EN DISCAPACIDAD QUIEN: RESPONSABLE PROGRAMA DE DISCAPACIDAD PERIODICIDAD: DE MANERA SEMESTRAL MEDIO DE VERIFICACIÓN: ACTA DE REUNIÓN DE LA MESA DE TRABAJO	MODERADO		
												3	REALIZAR RONDAS DE BÚSQUEDA ACTIVA PARA IDENTIFICAR NECESIDADES DE PACIENTES EN DISCAPACIDAD QUIEN: REFERENTE DE DISCAPACIDAD MEDIO DE VERIFICACIÓN: NOT DIB EN LA HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES IDENTIFICADOS	MODERADO		
23	GESTIÓN DE LA CALIDAD / HUMANIZACIÓN	REPUTACIONAL	Falta de cobertura de las estrategias a todos los procesos	Falta de efectividad de las estrategias de despliegue a las partes interesadas	PROBABILIDAD DE GENERAR ESTRATEGIAS POCO EFECTIVAS EN HUMANIZACIÓN QUE OCASIONEN DISMINUCIÓN EN LOS PORCENTAJES DE SATISFACCIÓN O GENERACIÓN DE PORS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS	AUMENTO DE LAS PORS POR ATRIBUTO DE CALIDEZ	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	BAJA	MODERADO	MODERADO	1	ESTABLECER CRONOGRAMA DE INTERVENCIÓN AL TALENTO HUMANO FRENTE EN LAS ESTRATEGIAS DE DESPLIEGUE DEL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN Y REALIZAR MEDICIONES DE LA SATISFACCIÓN FRENTE A LAS HUMAS QUIEN: RESPONSABLE EQUIPO DE HUMANIZACIÓN EN ARTICULACIÓN CON LOS LÍDERES DE LOS PROCESOS CUÁNDO: PERIODICIDAD: MENSUALMENTE	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	REALIZAR MEDICIONES DE LA SATISFACCIÓN FRENTE A LAS INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN QUIEN: RESPONSABLE EQUIPO DE HUMANIZACIÓN EN ARTICULACIÓN CON LOS LÍDERES DE LOS PROCESOS CUÁNDO: PERIODICIDAD: MENSUALMENTE	MODERADO		



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO:		MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL															
OBJETIVO:		Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución															
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que enfrenta, por parte del control de la organización, para no ser capaz de cumplir con los objetivos de la institución, de manera oportuna y efectiva, en la consecución de sus procesos con cumplimiento de los objetivos y satisfacción, también, al reducir los costos y los recursos humanos y materiales que puedan generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.												VALORACIÓN DEL RIESGO: A partir del análisis de la probabilidad de materialización del riesgo y sus consecuencias o impacto a, se hacen determinar la zona de riesgo institucional			VALORACIÓN DE CONTROLES: Los control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Las responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.		
REFERENCIA	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO Cual	CAUSA Como	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO	
												2	RONDAS DE HUMANIZACIÓN POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: FORMATO RONDAS DE HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS CODIGO GC-HU-FT-06	MODERADO			
24	GESTIÓN DE LA CALIDAD / SEGURIDAD DEL PACIENTE	ECONÓMICO	1. Inoportunidad en la inclusión de las novedades reportadas en la base de datos de seguridad del paciente Faltas en los análisis de las novedades de seguridad	Desconocimiento en la metodología de análisis de las novedades de seguridad y de su registro y monitoreo al cumplimiento de las acciones Falta de monitoreo y seguimiento a los planes de mejoramiento y efectividad de los mismos	PROBABILIDAD DE GESTIÓN INADECUADA DE LA NOVEDADES GENERANDO PLANES SIN NINGUN IMPACTO HACIA EL MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS	Prevalencia del evento adverso	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	BAJA	MODERADO	MODERADO	1	REALIZAR ANALIS Y MONITEO A LAS NOVEDADES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIEN: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CUÁNDO: DIARIAMENTE EVIDENCIA: MATRIZ DE NOVEDADES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	MODERADO	MODERADO	REDUCIR	
												2	MONITOREO AL SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS FRENTE A LAS NOVEDADES GESTIONADAS QUIEN: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CUANDO: MENSUALMENTE EVIDENCIA: MATRIZ DE ACCIONES DE MEJORA	MODERADO			
25	GESTIÓN DE LA CALIDAD / SEGURIDAD DEL PACIENTE	ECONÓMICO	1. Inoportunidad en la inclusión de las novedades reportadas en la base de datos de seguridad del paciente Faltas en los análisis de las novedades de seguridad	Baja adherencia al programa de Seguridad del paciente Falta de monitoreo y seguimiento a los planes de mejoramiento y efectividad de los mismos	PROBABILIDAD DE IDENTIFICACIÓN Y REPORTE INOPORTUNO DE NOVEDADES DE SEGURIDAD POR BAJA ADHERENCIA A LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Quejas, Demandas y derechos de petición a diferentes entes reguladores Sanciones regulatorias y legales	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	BAJA	MODERADO	MODERADO	1	REALIZAR INSPECCIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS QUIEN: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CUANDO: MENSUALMENTE EVIDENCIA: FORMATO DE VERIFICACIÓN	MODERADO	MODERADO	REDUCIR	
												2	RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS QUIEN: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CUANDO: MENSUALMENTE EVIDENCIA: ACTAS DE RONDAS DE SEGURIDAD	MODERADO			
												3	BUSQUEDA ACTIVA EN LOS SERVICIOS DE NOVEDADES DE SEGURIDAD QUIEN: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CUANDO: MENSUALMENTE EVIDENCIA: MATRIZ DE BUSQUEDA ACTIVA	MODERADO			
26	GESTIÓN DE LA CALIDAD / AMBIENTAL	ECONÓMICO	1. Parte operativa de cada proceso 2. Diseño del proceso 3. Infraestructura y dotación 4. Catástrofes naturales 5. Competencia del personal	1.1 No existe las condiciones de almacenamiento adecuadas 1.1 Almacenamiento inadecuado (reacción con otras sustancias) 2.1 Falta de protocolos de seguridad 3.1 Envasado no adecuados 3.2 Dotación insuficiente 3.3 No adquisición de productos en presentación en volúmenes adecuados que evite el re-embalse 4. Inundación o seísmo 5.1 Incorrecta manipulación	PROBABILIDAD DE DERRAME DE SUSTANCIAS QUÍMICAS Y BIOLÓGICAS	Exposición a sustancias peligrosas Contaminación cruzada Sanciones y multas Demandas legales Impacto sobre de la imagen institucional	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	AMBIENTAL	ALTA	MAYOR	ALTA	1	APLICACIÓN DE LISTAS DE VERIFICACIÓN DEL KIT DE DERRAMES PERIODICIDAD: MENSUAL QUIEN: INGENIERA AMBIENTAL EVIDENCIA: ACTA Y SOPORTES DE INSPECCIÓN	MAYOR	ALTA	REDUCIR	
												2	CAPACITACION SOBRE MANEJO DE DERRAMES PERIODICIDAD: BIMESTRAL QUIEN: INGENIERA AMBIENTAL EVIDENCIA: ACTA Y LISTADOS DE CAPACITACIÓN	MAYOR			
27	GESTIÓN DE LA CALIDAD / AMBIENTAL	ECONÓMICO	1. Parte operativa de cada proceso 2. Infraestructura 3. Competencia del personal 4. Tecnología	1.1 Descargue de sustancias 2.1 Falta de desagüe específico para vertimiento de los contaminantes 3.1 falta de adherencia a las directrices relacionadas con descargas 4.1 Falta de tecnología eficiente	POSIIBILIDAD DE VERTIDO DE CONTAMINANTES INCONTROLADOS A LA RED DE ALCANTARILLADO	Exposición a sustancias peligrosas Contaminación cruzada Sanciones y multas Demandas legales Impacto sobre de la imagen institucional	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	AMBIENTAL	ALTA	MAYOR	ALTA	1	CARACTERIZACIÓN DE VERTIMIENTOS QUIEN: INGENIERA AMBIENTAL CUÁNDO ANUAL MEDIO DE VERIFICACIÓN: INFORMES DEL ANALISIS FISICOQUIMICO DEL VERTIMIENTO	MAYOR	ALTA	REDUCIR	
												2	SEGUIMIENTO AL FORMATO DE INACTIVACION DE VERTIMIENTOS PERIODICIDAD: MENSUAL QUIEN: INGENIERA AMBIENTAL, ODONTOLOGIA, LABORATORIO CLINICO EVIDENCIA: FORMATO	MAYOR			
28	GESTIÓN DE LA CALIDAD / AMBIENTAL	REPUTACIONAL	Contaminación de fuentes de agua Infraestructura deficiente o envejecida Inundaciones Problemas en las plantas de tratamiento	Contaminación de fuentes de agua Infraestructura deficiente o envejecida Inundaciones Problemas en las plantas de tratamiento	PROBABILIDAD DE AFECTACIÓN POR CALIDAD DEL AGUA	Enfermedades transmisibles Contaminación cruzada Impacto en la operatividad Disminución de la calidad de la atención	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	AMBIENTAL	BAJA	MODERADO	MODERADO	1	CARACTERIZACIÓN DE AGUA POTABLE QUIEN: EMPRESA CONTRATADA PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: CERTIFICADO	MODERADO	MODERADO	REDUCIR	
												2	LAVADO DE TANQUES QUIEN: EMPRESA CONTRATADA PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: CERTIFICADO	MODERADO			



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO: MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

OBJETIVO: Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar al logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que existen en la institución de acuerdo a la descripción de los procesos, para ello se debe tener en cuenta el contexto institucional, un análisis de la actividad, de los recursos humanos, de los procesos que conforman su estructura y de los recursos financieros, al analizar desde los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afectan al cumplimiento de los objetivos.												VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, se busca determinar la zona de riesgo inicial.			VALORACIÓN DE CONTROLES: un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Las acciones de implementación y monitoreo de los controles, con los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.			
REFERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Causa	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO		
29	GESTIÓN DE LA CALIDAD AMBIENTAL	ECONOMICO	Taponamiento de alcantarillado o desagues Fuentes lluvias o lluvias prolongadas Condiciones climáticas extremas Deficiencias en el sistema de drenaje Desastres naturales	Taponamiento de alcantarillado o desagues Fuentes lluvias o lluvias prolongadas Condiciones climáticas extremas Deficiencias en el sistema de drenaje Desastres naturales	PROBABILIDAD DE INUNDACIONES QUE AFECTEN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Interrupción de la prestación de servicios médicos Daños a la infraestructura del hospital Evacuaciones y desplazamiento de pacientes Fallas en la infraestructura	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	AMBIENTAL	BAJA	MODERADO	MODERADO	1	MANTENIMIENTO DE DESAGUES Y ALCANTARILLADO EN ÁREAS ADYACENTES DE LA INSTITUCIÓN QUIÉN: PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: REGISTRO FOTOGRÁFICO	MODERADO	MODERADO	REDUCIR		
												2	SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL MANTENIMIENTO DE DESAGUES Y ALCANTARILLADO QUIÉN: GESTIÓN AMBIENTAL PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: ACTA DE SEGUIMIENTO	MODERADO				
30	GESTIÓN DE LA CALIDAD AMBIENTAL	ECONOMICO	Desagregación inadecuada de residuos Uso irracional de los recursos naturales	Desagregación inadecuada de residuos Uso irracional de los recursos naturales	PROBABILIDAD DE AUMENTO DEL IMPACTO AMBIENTAL POR CONSUMO DE RECURSOS NATURALES	Contribución al cambio climático Agotamiento de recursos naturales Contaminación del aire y otros ecosistemas Impacto en la salud de la comunidad Sanciones o multas por emisiones Impacto en la imagen institucional	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	AMBIENTAL	ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL MANTENIMIENTO DE DESAGUES Y ALCANTARILLADO QUIÉN: INGENIERA AMBIENTAL CUANDO: TRIMESTRAL EVIDENCIA: INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LA GENERACIÓN	MODERADO	MODERADO	REDUCIR		
												2	SEGUIMIENTO DE CALCULADORA AMBIENTAL CON EL FIN DE VERIFICAR EL CONSUMO MENSUAL DE LOS RECURSOS (AGUA, GAS, LUZ, PAPELERÍA) PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: MATRIZ DE INDICADORES AMBIENTALES	MODERADO				
												3	SEGUIMIENTO AL CONSUMO DE PAPEL DE CADA SERVICIO QUIÉN: GESTIÓN AMBIENTAL PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: ACTA DE SEGUIMIENTO AL CONSUMO DE PAPEL	MODERADO				
												4	IMPLEMENTACIÓN DE COMPARENDOS EDUCATIVOS QUIÉN: GESTIÓN AMBIENTAL PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: ACTA CON LOS COMPARENDOS IMPLEMENTADOS	MODERADO				
31	GESTIÓN DE LA CALIDAD AMBIENTAL	ECONOMICO	2.1 Incumplimiento de cronograma de capacitación al personal de la empresa de aseo frente a recolección, tratamiento y disposición final de residuos y mapa de ruta sanitaria 2.2 No se actualizan de los mapas de ruta sanitaria 3.1 Falta al seguimiento de las actividades de recolección, tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios	1.1 Desconocimiento y no adherencia al procedimiento de recolección, tratamiento y disposición final de residuos y mapa de ruta sanitaria 1.2 Falta de capacitación	PROBABILIDAD DE MADECUADO MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS	Exposición a agentes patógenos Contaminación cruzada Incumplimiento de regulaciones y normas de seguridad Impacto en la imagen institucional	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	AMBIENTAL	MUY ALTA	MAYOR	ALTA	1	CAPACITACIÓN DE ADECUADO MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS SEGUN CRONOGRAMA MENSUAL INGENIERA AMBIENTAL EVIDENCIA: ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA	MAYOR	ALTA	REDUCIR		
												2	AUDITORIAS A LA EMPRESA GESTORA DE RESIDUOS PERIODICIDAD: ANUAL QUIÉN: INGENIERA AMBIENTAL EVIDENCIA: LISTA DE INSPECCIÓN	MAYOR				
												3	INSPECCIONES A LOS SERVICIOS CON EL FIN DE VERIFICAR LA ADHERENCIA EN SEGREGACIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS PERIODICIDAD: MENSUAL INGENIERA AMBIENTAL EVIDENCIA: INFORME DE INSPECCIONES	MAYOR				
												4	CAMPANAS POST CONSUMO DE RAES DE LOS DIFERENTES SERVICIOS PARA CLIENTE INTERNO Y EXTERNO Y MEDICAMENTOS VENCIDOS PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: ACTA, ASISTENCIA Y CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DEL MATERIAL	MAYOR				
32	GESTIÓN DE LA CALIDAD AMBIENTAL	ECONOMICO	Incendios forestales Accidentes ambientales de industrias oredentente	1 Derrame de sustancias químicas y/o biológicas Almacenamiento de sustancias peligrosas Desastres naturales Deficiencias en la infraestructura hospitalaria	PROBABILIDAD DE CONTAMINACIÓN POR EMERGENCIA AMBIENTALES	Interrupción de servicios médicos Emergencias dentro de las instalaciones Propagación de infecciones Exposición a sustancias tóxicas Aumento de la morbilidad y mortalidad	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	AMBIENTAL	MEDIA	MAYOR	ALTA	1	VERIFICACIÓN DE CONDICIONES SEGURAS QUIÉN: PROFESIONALES AMBIENTALES Y SOSST CUANDO: TRIMESTRALMENTE CÓMO: A TRAVÉS DE APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO MEDIO DE VERIFICACIÓN: LISTAS DE CHEQUEO	MAYOR	MODERADO	REDUCIR		
												2	IDENTIFICACIÓN DE LA EMERGENCIA A TRAVÉS DE CÓDIGO BRIGADA QUIÉN: PROFESIONALES AMBIENTALES Y SOSST CUANDO: SE PRESENTE LA EMERGENCIA AMBIENTAL MEDIO DE VERIFICACIÓN: REGISTRO DE EMERGENCIAS A TRAVÉS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO (EMERGENCIAS Y DESASTRES)	MODERADO				
												3	SEGUIMIENTO AL CRONOGRAMA DE FUMIGACIÓN PODAS LIMPIEZA DE CANALETAS Y DESAGUES QUIÉN: PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: SOPORTES DE EJECUCIÓN DE CRONOGRAMAS	MODERADO				

 Hospital San Rafael de Fraydominguito Hospital de Diagnóstico, Referencia y Consulta												Código y Versión PL-PT-12 V03 Página				
FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025																
PROCESO:		MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL														
OBJETIVO:		Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que pueden afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y al control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución														
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que existen en la institución y su control dentro de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el cual opera la entidad, la caracterización de cada proceso que conforma su estructura y función, el análisis de los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.									VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o vulnerabilidades, se deben determinar la zona de riesgo inicial.			VALORACIÓN DE CONTROLES: un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	IMPACTO Ojalá	CAUSA Cómo	CAUSA RAÍZ Por qué	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGÍA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
												4	COMPENSACIÓN FORESTAL CON EL FIN DE CREAR CERCAS VIVAS QUE FILTREN EL AIRE QUE INGRESA A LA INSTITUCIÓN QUIEN: GESTIÓN AMBIENTAL PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: ACTAS DE REUNIÓN CON SOPORTE DE ASISTENCIA	MODERADO		
33	GESTIÓN DE LA CALIDAD AMBIENTAL	ECONÓMICO	Alta rotación del personal	Desconocimiento en el manejo adecuado de residuos cortopunzantes	PROBABILIDAD DE LESIONES O INCIDENTES POR MAL MANEJO DE RESIDUOS CORTO PUNZANTES	Incumplimiento de normativas de seguridad Lesiones físicas transmisión de infecciones	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	AMBIENTAL	MUY ALTA	MODERADO	MODERADO	1	CAPACITACIÓN EN EL MANEJO ADECUADO DE RESIDUOS CORTOPUNZANTES QUIEN: GESTIÓN AMBIENTAL PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: LISTA DE ASISTENCIA CON MEDICIÓN DE APROPIACIÓN	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIA DE RECONOCIMIENTO POR ADECUADA SEGREGACIÓN DE CORTOPUNZANTES QUIEN: GESTIÓN AMBIENTAL PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: ACTA CON LAS ESTRATEGIAS IMPLMENTADAS	MODERADO		
34	GESTIÓN DE LA CALIDAD/AUDITORIA CONCURRENTE	REPUTACIONAL	Falta de adherencia al diligenciamiento correcto de la historia clínica	Falta de compromiso por parte del personal médico inadecuado supervisión del personal en formación	POSIBILIDAD DE OBJECIONES DE LAS EAPS POR INADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA	Impacto económico para la institución Eventos adversos y aumento de PQRS Impacto jurídico sobre la institución	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MUY ALTA	MENOR	ALTA	1	NOTIFICAR LOS HALLAZGOS IDENTIFICADOS EN LA REVISIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTE DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN PERIODICIDAD: MENSUAL QUIEN: EQUIPO DE AUDITORIA CONCURRENTE EVIDENCIA: INFORME DE AUDITORIA DE HISTORIA CLÍNICA DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA	MENOR	MODERADO	REDUCIR
												2	AUDITORIA CONCURRENTE AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA MÉDICA Y DE ENFERMERÍA QUIEN: RESPONSABLE AUDITORIA CONCURRENTE PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: INFORME DE NOVEDADES	MENOR		
35	GESTIÓN DE LA CALIDAD / AUDITORIA CONCURRENTE	ECONÓMICO	Falta de compromiso por parte del personal médico y de enfermería	Falta de adherencia al diligenciamiento correcto de consentimiento informado	POSIBILIDAD DE IMPLICACION MEDICO LEGAL INSTITUCIONAL POR INADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Impacto económico para la institución Eventos adversos y aumento de PQRS Impacto jurídico sobre la institución	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MEDIA	MAYOR	ALTA	1	REALIZAR AUDITORIA DE DILIGENCIAMIENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO VERIFICANDO EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE LA FIRMA DEL PERSONAL MEDICO Y SOCIALIZACIÓN DE LOS HALLAZGOS IDENTIFICADOS QUIEN: PERSONAL DE AUDITORIA DE CONCURRENCIA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: CONSOLIDADO DE LOS CONSENTIMIENTOS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
36	GESTIÓN DE LA CALIDAD / VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	REPUTACIONAL	Alta rotación de personal de la institución	Desconocimiento de los protocolos de eventos de interés de salud pública del INS	POSIBILIDAD DE INOPORTUNA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA DE LA INSTITUCIÓN A TRAVÉS DEL SIGVILA A LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL	Incumplimiento legal Sanciones administrativas	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	CAPACITAR EL TALENTO HUMANO EN LOS PROTOCOLOS DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA QUIEN: RESPONSABLE SIGVILA Y EPIDEMIOLOGÍA PERIODICIDAD: CADA DOS MESES EVENTOS DE SALUD PÚBLICA MEDIO DE VERIFICACIÓN: INFORME DE CAPACITACIÓN	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO DE MATRIZ INSTITUCIONAL DE BUSQUEDA ACTIVA DE EVENTOS NO IDENTIFICADOS EN LA INSTITUCIÓN CON BASE A LOS RIPS REPORTADOS POR SISTEMAS DE INFORMACIÓN PERIODICIDAD: MENSUAL QUIEN: EPIDEMIOLOGÍA MEDIO DE VERIFICACIÓN: FORMATO DE BUSQUEDA ACTIVA	MODERADO		
												3	NOTIFICACIÓN A TRAVÉS DEL SIGVILA EVENTOS NO IDENTIFICADOS EN LA INSTITUCIÓN PERIODICIDAD: CADA QUE SE DETECTE UN EVENTO NO NOTIFICADO POR PARTE DEL MEDICO QUIEN: EPIDEMIOLOGÍA MEDIO VERIFICACIÓN: FICHA DE NOTIFICACIÓN DOCUMENTO DRIVE "BUSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL"	MODERADO		
												4	RETROALIMENTACIÓN CON LOS MEDICOS QUE PRESENTAN NOVEDAD DE INCUMPLIMIENTO DE REPORTE DE EVENTO DE SALUD PÚBLICA EN EL SIGVILA QUIEN: EQUIPO DE EPIDEMIOLOGÍA CUANDO SE PRESENTE EL CASO EVIDENCIA: ACTA DE COMPROMISO CON EL MEDICO	MODERADO		

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO: MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

OBJETIVO: Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que existen o pueden existir en la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto actual y futuro en el que opera la entidad, la implementación de medidas preventivas que contribuyan a los objetivos y estrategias y finalmente, se analiza entre los riesgos internos y externos que puedan generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.									VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto o, se busca determinar la zona de riesgo social.			VALORACIÓN DE CONTROLES: un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Causa	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
37	GESTIÓN DE LA CALIDAD / TECNOVIGILANCIA	REPUTACIONAL	Mal uso de los equipos biomédicos	Debido a falta de seguimiento al funcionamiento de los equipos biomédicos e insumos	PROBABILIDAD DE EVENTO ADVERSO O INCIDENTE POR MAL USO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS E INSUMOS	Daño al paciente	USUARIOS PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	Baja-Alta	MODERADO	ALTA	1	VIGILANCIA ACTIVA DE EQUIPOS BIOMÉDICOS A TRAVÉS DE LISTA DE CHEQUEO RF-BI-FI-29 "FORMATO LISTA DE CHEQUEO VIGILANCIA ACTIVA" Y PARA LOS TERCEROS SE APLICA FORMATO LISTA DE VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES PARA LA GESTIÓN BIOMÉDICA DE LOS SERVICIOS JURÍDICOS O PERSONAS NATURALES RF-BI-FI-30 QUIEN: REFERENTE DE TECNOVIGILANCIA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: LISTAS DE CHEQUEO RF-BI-FI-29 Y RF-BI-FI-30	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO A NOVEDADES DE SEGURIDAD REPORTADAS POR EQUIPOS BIOMÉDICOS E INSUMOS QUIEN: REFERENTE DE TECNOVIGILANCIA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: MATRIZ DE REPORTES DE NOVEDADES DE SEGURIDAD	MODERADO		
												3	MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS A LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS QUIEN: INGENIEROS BIOMÉDICOS PERIODICIDAD: SEDE CENTRAL TRIMESTRAL, PUESTOS DE SALUD Y AMBULANCIAS CUATRIMESTRAL COMO DE ACUERDO A PROTOCOLOS DE MANTENIMIENTO ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE PARA QUE, MANTENER Y PROLONGAR LA VIDA ÚTIL DEL EQUIPO EVIDENCIA: REPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVOS	MODERADO		
												4	CAPACITACIONES EN EL USO DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA QUIEN: FEREZ PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: INFORME Y LISTA DE ASISTENCIA	MODERADO		
												5	BUSQUEDA ACTIVA DE EQUIPOS REPORTADOS POR MAL USO Y NOTIFICADOS A SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO NOVEDAD DE SEGURIDAD QUIEN: REFERENTE DE TECNOVIGILANCIA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: MATRIZ DE REPORTES DE NOVEDADES DE SEGURIDAD	MODERADO		
38	GESTIÓN DE LA CALIDAD / TECNOVIGILANCIA	REPUTACIONAL	Continuo uso de los equipos a pesar del reporte de la alerta sanitaria	Debido a falta de seguimiento a alertas sanitarias del INVIMA	PROBABILIDAD DE EVENTO ADVERSO O INCIDENTE POR FALTA DE SEGUIMIENTO A ALERTAS SANITARIAS DE EQUIPOS BIOMÉDICOS	Daño al paciente	USUARIOS PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	Baja-Alta	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO A REPORTES DE ALERTAS SANITARIAS DEL INVIMA QUIEN: REFERENTE DE TECNOVIGILANCIA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: PANTALLAZO DEL REPORTE DE ALERTAS SANITARIAS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	REPORTE INSTITUCIONAL EN CASO DE QUE ALGUNA ALERTA SANITARIA APLIQUE PARA LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS DE LA INSTITUCIÓN QUIEN: REFERENTE DE TECNOVIGILANCIA PERIODICIDAD: CUANDO LA ALERTA SANITARIA APLIQUE PARA LOS EQUIPOS DE LA INSTITUCIÓN EVIDENCIA: NOTIFICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO A LAS PARTES INVOLUCRADAS	MODERADO		
39	GESTIÓN DE LA CALIDAD / TECNOVIGILANCIA	REPUTACIONAL	Condiciones del ambiente	fallas en la revisión de las especificaciones técnicas del equipo,	PROBABILIDAD DE ADQUISICIÓN O RECEPCIÓN DE TECNOLOGÍA QUE NO CUMPLA CON LAS ESPECIFICACIONES Y CONDICIONES REQUERIDAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Daño Patrimonial incremental en los costos Riesgos para la seguridad del paciente	USUARIOS PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	REVISIÓN DE ESPECIFICACIONES TÉCNICA DE LOS EQUIPOS DE LOS ESTUDIOS PREVIOS PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS QUIEN: REFERENTE DEL PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA PERIODICIDAD: CADA VEZ QUE SE ADQUIERE UN EQUIPO EVIDENCIA: REPORTE DE REVISIÓN DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	RECEPCIÓN TÉCNICA DE EQUIPOS MEDIANTE EL ACOMPAÑAMIENTO DE INGENIERO BIOMÉDICO O INGENIERO DE SISTEMAS PERIODICIDAD: CADA VEZ QUE LLEGA TECNOLOGÍA EVIDENCIA: FORMATO RF- AF-FI-05 FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTOS PARA INGRESO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS	MODERADO		



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO:		MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL														
OBJETIVO:		Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución														
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que existen en el área de la organización, por medio de la observación directa, entrevistas, análisis de documentos, entre otros, en el que se identifiquen los riesgos inherentes a la gestión y al control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución.									VALORACIÓN DEL RIESGO: A partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias se clasifica el riesgo en: Alto, Moderado o Bajo.			VALORACIÓN DE CONTROLES: Los controles se definen como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de procesos con el apoyo de su equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Como	CAUSA RAÍZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGÍA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	Nº CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
40	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD /ODONTOLOGÍA	REPUTACIONAL	FALTA DE COMPETENCIAS ACTITUDINALES Y APTITUDINALES DEL TALENTO HUMANO	NO ADHERENCIA POR PARTE DEL TALENTO HUMANO AL MANUAL BIOSEGURIDAD, PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, PROTOCOLOS Y GUÍAS DE ATENCIÓN	POSIBILIDAD DE TRANSMISIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA	AFECTACIÓN EN LA SALUD DEL PACIENTE QUE PUEDE SER TRANSITORIA O DEFINITIVA	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	SOCIALIZACIÓN AL EQUIPO DE ODONTOLOGÍA SOBRE LA GESTIÓN DOCUMENTAL DEL SERVICIO ENFOCADA A PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN PERIODICIDAD: ANUAL EVIDENCIA: ACTA, PRESENTACIÓN, LISTADO DE ASISTENCIA Y POSTEST	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	APLICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO DE BIOSEGURIDAD EN ODONTOLOGÍA EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO APLICADA PERIODICIDAD: TRIMESTRAL	MODERADO		
41	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD /ODONTOLOGÍA	REPUTACIONAL	FALTA DE COMPETENCIAS ACTITUDINALES Y APTITUDINALES DEL TALENTO HUMANO	NO ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO	POSIBILIDAD DE REINGRESO COMPLICACIÓN O EVENTO ADVERSO TRAS LA ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA EN LA ESE	AFECTACIÓN EN LA SALUD DEL PACIENTE QUE PUEDE SER TRANSITORIA O DEFINITIVA	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESOS	ALTA	MODERADO	ALTA	1	ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO A LOS REPORTE GENERADOS EN LOS PUESTOS DE SALUD DE POSIBLES REINGRESOS, COMPLICACIONES O EVENTOS ADVERSOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA EVIDENCIA: MATRIZ DE REPORTE PERIODICIDAD: MENSUAL	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SOCIALIZACIÓN Y MEDICIÓN DE ADHERENCIA DE LOS PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA EVIDENCIA: ACTA, PRESENTACIÓN Y LISTADO DE ASISTENCIA PERIODICIDAD: SEMESTRAL	MODERADO		
												3	AUDITORIA DE HISTORIA CLÍNICA DONDE SE EVALUA ADHERENCIA A LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS Y DEMÁS DOCUMENTOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DE ODONTOLOGÍA EVIDENCIA: INFORME DE AUDITORIA	MODERADO		
42	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD /ODONTOLOGÍA	REPUTACIONAL	DECISIÓN PROPIA DEL USUARIO	NO ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO	POSIBILIDAD DE COMPLICACIONES DEL PACIENTE POR LA NO CONTINUIDAD O TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA POBLACIÓN TAMIZADA DE LA ESE	PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD Y DESARROLLO DE COMPLICACIONES GRAVES	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO A LA TERMINACIÓN DE TRATAMIENTOS EVIDENCIA: FICHA DEL INDICADOR PERIODICIDAD: MENSUAL	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
43	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD /PROGRAMA DE CRÓNICOS	ECONÓMICO	DESCONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE CRÓNICOS POR PARTE CLIENTE INTERNO Y CLIENTE EXTERNO DE LA ESE	FALTA DE ADHERENCIA Y SEGUIMIENTO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES MELLITUS TIPO II, ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA Y ENFERMEDAD RENAL	POSIBILIDAD DE COMPLICACIONES CARDIORENOMETABOLICAS DADAS POR UN INADECUADO MANEJO DEL PACIENTE PERTENECIENTE AL PROGRAMA DE CRÓNICOS	CONTROL INADECUADO DE LA PATOLOGÍA	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS EMITIDAS, A TRAVÉS DE INFORME DE SISTEMAS REALIZADO PERIODICIDAD: MENSUAL QUIEN: REFERENTE DE PROGRAMA DE CRÓNICOS EVIDENCIA: MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS VS ESTADÍSTICA DE LABORATORIO	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO A ESTADÍSTICA DE LABORATORIOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE CRÓNICOS PERIODICIDAD: MENSUAL QUIEN: REFERENTE PROGRAMA DE CRÓNICOS EVIDENCIA: BASE DE CRÓNICOS GENERAL DESVIACIÓN DEL CONTROL: NO ADHERENCIA A LA TOMA DE LABORATORIOS ORDENADOS	MODERADO		
												3	DEMANDA INDUCIDA DE PACIENTES INASISTENTES AL PROGRAMA DE CRÓNICOS PERIODICIDAD: MENSUAL QUIEN: PROGRAMA DE CRÓNICOS EVIDENCIA: DRIVE DEMANDA INDUCIDA PROGRAMA CRÓNICOS	MODERADO		
44	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD /PROGRAMA DE CRÓNICOS	ECONÓMICO	DESCONOCIMIENTO DE LAS GUÍAS PRÁCTICA CLÍNICA POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO	FALTA DE ADHERENCIA A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA POR PARTE DEL MÉDICO TRATANTE	POSIBILIDAD DE INADECUADO MANEJO DE HIPERTENSIÓN (HTA) Y DIABETES (DB) DE PACIENTES INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE CRÓNICOS POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO	CONTROL INADECUADO DE LA PATOLOGÍA	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESOS	ALTA	MODERADO	ALTA	1	AUDITORIAS DE HISTORIA CLÍNICA DEL PROGRAMA DE CRÓNICOS CON RETROALIMENTACIÓN EN REUNIÓN DE PRIMER NIVEL QUIEN: REFERENTE PROGRAMA DE CRÓNICOS PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: INFORME DE AUDITORIA	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	CAPACITACIÓN EN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA A MÉDICOS CON MEDICIÓN DE ADHERENCIA QUIEN: REFERENTE PROGRAMA DE CRÓNICOS PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA:ACTA DE-CAPACITACIÓN	MODERADO		



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO:		MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL														
OBJETIVO:		Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución														
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que afectan el logro de control de la organización, para ello, se debe tener en cuenta el contexto del riesgo en el cual opera la entidad, se caracterizan de cada proceso que comprende su objetivo y acciones o acciones, se analiza desde los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos.									VALORACIÓN DEL RIESGO: A partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, se busca determinar la zona de riesgo actual			VALORACIÓN DE CONTROLES: Un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Como	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
45	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD /PROGRAMA CÁNCER	ECONÓMICO	DIFICULTAD EN LA TOMA Y DIFERENTES CONDICIONES DEL USUARIO O FALTA DE EXPERIENCIA EN QUIEN TOMA LA CCU	TÉCNICA INADECUADA EN LA TOMA Y RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA	POSIBILIDAD DE INCORRECTA LECTURA Y REPORTE DE CITOLOGÍAS CERVICO UTERINAS POR NO CONTENER MUESTRA SUFICIENTE Y SATISFACTORIA	RETRASOS O FALLAS EN EL DIAGNÓSTICO	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	CAPACITACIONES SOBRE PROCEDIMIENTO DE TOMA DE CITOLOGÍA Y RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA A ENFERMERAS DE PUESTO DE SALUD A CARGO QUIEN: REFERENTE DE PROGRAMA CÁNCER Y PATOLOGÍA PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: ACTAS DE CAPACITACIONES	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO A LA CALIDAD DE LAS MUESTRAS REPORTADAS POR PATOLOGÍA QUIEN: REFERENTE DE PROGRAMA DE CÁNCER PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: INFORME CONTROL DE CALIDAD DE LAS MUESTRAS	MODERADO		
46	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD /PROGRAMA CÁNCER	REPUTACIONAL	DIFICULTAD PARA CAPTAR AL PACIENTE, INASISTENCIA A CITAS, PACIENTE NO ADHERENTE AL PROGRAMA, FALTA DE CONTINUIDAD EN EL PROCESO POR TERMINACIÓN DE CONTRATOS CON LA EAPB, NO CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO POR FALTA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR PARTE DE LA EAPB	FALTA DE TAMIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA POBLACIÓN OBJETO POR CADA TIPO DE CÁNCER DEL PROGRAMA	POSIBILIDAD DE DETECCIÓN TARDÍA DE CÁNCER (CÁNCER DE CUELLO UTERINO, CÁNCER DE SENO Y CÁNCER DE PRÓSTATA) POR FALTA DE TAMIZACIÓN OPORTUNA A POBLACIÓN OBJETO DE LA ESE	RETRASOS O FALLAS EN EL DIAGNÓSTICO	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PUEDEN ASOCIARSE A VARIOS FACTORES	MODERADO	MODERADO	ALTA	1	TAMIZACIÓN EN PREVENCIÓN DE CÁNCER A LA POBLACIÓN OBJETO CAPTADA QUIEN: REFERENTE PROGRAMA DE CÁNCER PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: REGISTROS DE TAMIZACIÓN PROGRAMA CÁNCER EN DINÁMICA GERENCIAL	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO A RESULTADOS POSITIVOS REPORTADOS POR PATOLOGÍA QUIEN: REFERENTE PROGRAMA DE CÁNCER PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: ACTAS DE SEGUIMIENTO	MODERADO		
												3	SEGUIMIENTO A PACIENTES PARA TOMA DE CITOLOGIA CERVICOUTERINA EN EL BIQUENIA 1:1 QUIEN: REFERENTE PROGRAMA CÁNCER PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: BASE DE SEGUIMIENTO A TOMA DE CITOLOGIA	MODERADO		
												4	SEGUIMIENTO A PACIENTES PARA TOMA DE EXAMEN CLINICO DE SENO CADA AÑO QUIEN: REFERENTE PROGRAMA CANCER PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: BASE DE SEGUIMIENTO A TOMA DE EXAMEN CLINICO	MODERADO		
												5	SEGUIMIENTO A PACIENTES PARA TOMA DE ANTIGENO PROSTATICO CADA AÑO QUIEN: REFERENTE PROGRAMA CANCER PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: BASE DE SEGUIMIENTO A ANTIGENO PROSTATICO	MODERADO		
47	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD / RUTA MATERNA	ECONÓMICO	FALTA DE COMPETENCIAS ACTITUDINALES Y APTITUDINALES DEL TALENTO HUMANO	NO ADHERENCIA POR PARTE DEL TALENTO HUMANO A LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS DE MANEJO DEL BINOMIO MADRE-HUO	POSIBILIDAD DE MORBILIDAD O MORTALIDAD MATERNA Y/O PERINATAL EN LA CCU	DEMANDAS AFECTACIÓN PSICOLÓGICA	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO A CITA PRECONCEPCIONAL A TODA MUJER QUE EXPRESA DESEO DE EMBARAZO EN MENOS DE UN AÑO QUIEN: MÉDICO / ENFERMERA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: BASES DE SEGUIMIENTO	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	CAPACITACIÓN AL TALENTO HUMANO SOBRE LA RIAMP Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA QUIEN: RUTA MATERNA Y COORDINACIÓN GINECOLOGIA PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: ACTAS DE CAPACITACIÓN	MODERADO		
												3	SEGUIMIENTO A GESTANTES CON FACTORES DE RIESGO PARA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA QUIEN: MÉDICO, ENFERMERA O AUXILIAR DE APOYO DE RUTA MATERNA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: BASES DE SEGUIMIENTO	MODERADO		
												4	CAPTACIÓN OPORTUNA ANTES DE LA SEMANA 12 A GESTANTES QUE SE IDENTIFIQUE EN LAS PRUEBAS REPORTAS POR EL LABORATORIO CLÍNICO QUIEN: RUTA MATERNA PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: BASES DE SEGUIMIENTO	MODERADO		
												5	AUDITORIA DE ADHERENCIA A LAS PRINCIPALES GPC Y RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DEL BINOMIO MADRE-HUO QUIEN: MÉDICO-ENFERMERA RIAMP PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: INFORMES DE AUDITORIA	MODERADO		



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO: MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

OBJETIVO: Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que están o no bajo el control de la organización, así como definir tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la descripción de cada evento que representa un peligro y evaluar y monitorear el mismo, dentro de los factores internos y externos que puedan generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.												VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, se hace determino la zona de riesgo inicial				VALORACIÓN DE CONTROLES: un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.			
REFERENCIA	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Como	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO			
48	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD / RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	ECONÓMICO	ALTA ROTACIÓN DEL PERSONAL SIN BASES TEÓRICAS DE LA RPMS	DESCONOCIMIENTO DEL TALENTO HUMANO SOBRE LAS INTERVENCIONES ESTABLECIDAS POR LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	POSIBILIDAD DE PRESENTAR ALTERACIONES EN LA SALUD Y BIENESTAR DE LOS USUARIOS, POR ACCIONES TARDÍAS DE DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA	AUMENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICOS AUMENTO DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER TARDÍAS AUMENTO DE LA MORBILIDAD DE LOS USUARIOS	USUARIOS PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	SOCIALIZACIONES DE LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 INTERVENCIONES POR CURSO DE VIDA POR PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD AL PERSONAL DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN QUIEN: PROFESIONAL DE APOYO DE LA RPMS PERIODICIDAD SEMESTRAL EVIDENCIA: ACTAS DE ASISTENCIA Y TEST	MODERADO	MODERADO	REDUCIR			
												2	AUDITORÍAS DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LA RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD QUIEN: PROFESIONAL DE APOYO DE LA RPMS PERIODICIDAD MENSUAL EVIDENCIA: INFORME DE AUDITORÍA	MODERADO					
												2	SEGUIMIENTO A LA DEMANDA INDUCIDA EFECTIVA DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL QUIEN: PROFESIONAL DE APOYO DE LA RPMS PERIODICIDAD MENSUAL EVIDENCIA: ACTA Y MATRIZ DE DEMANDA INDUCIDA	MODERADO					
49	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD / VACUNACIÓN	ECONÓMICO	1 DAÑO DE REFRIGERADORES 2 CORTE DE FLUIDO ELÉCTRICO 3 FALLA DE LA PLANTA ELÉCTRICA	FALTA DE SUPERVISIÓN DE LA TEMPERATURA POR PARTE DE TALENTO HUMANO	POSIBILIDAD DE DAÑO DE INMUNOBIOLOGICOS POR PERDIDA DE CADENA DE FRIO	EXCURSIÓN DE BIOLÓGICOS Y PAGO DE LOS MISMOS POR PARTE DE LA IPS	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE LOS REFRIGERADORES QUIEN: PROFESIONAL DE APOYO EN LA COORDINACIÓN PERIODICIDAD MENSUAL EVIDENCIA: SOPORTE DE MANTENIMIENTOS Y ACTAS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR			
												2	SEGUIMIENTO AL CÓDIGO POS DE LOS REFRIGERADORES PERIODICIDAD SEMESTRAL EVIDENCIA: CÓDIGO POS DE LOS EQUIPOS	MODERADO					
												3	SEGUIMIENTO Y REGISTRO DE TEMPERATURA DE LOS REFRIGERADORES QUIEN: AUXILIAR DE ENFERMERÍA PERIODICIDAD DIARIA EVIDENCIA: REGISTRO DE FORMATO DE TEMPERATURA	MODERADO					
50	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD / VACUNACIÓN	REPUTACIONAL	FALTA DE CONOCIMIENTO Y EXPERTICIA DEL TALENTO HUMANO EN CUANTO A TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN Y MANUAL DE BIOSEGURIDAD	ERRORES EN LA TÉCNICA, APLICACIÓN O INDAGACIÓN DE ANTECEDENTES PREVIO A LA ADMINISTRACIÓN DEL INMUNOBIOLOGICO	POSIBILIDAD DE EVENTO ADVERSO POSTERIOR A LA VACUNACIÓN (EAPV) QUE CONLLEVEN A SÍNTOMAS GRAVES	INICIO DE TRATAMIENTO ANTIBIOTICO CONSULTA POR URGENCIAS O HOSPITALIZACIÓN	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MUY ALTA	MAYOR	ALTA	1	CAPACITACIÓN AL TALENTO HUMANO SOBRE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN ADVERSO POSTERIOR A LA VACUNACIÓN (EAPV) Y PROCEDIMIENTO DE VACUNACIÓN SEGURA – QUIEN: PROFESIONAL DE APOYO PERIODICIDAD: SEMESTRAL O INGRESO DE PERSONAL DE VACUNACIÓN EVIDENCIA: ACTA, REGISTRO DE ASISTENCIA, POS TEST	MAJOR	MODERADO	REDUCIR			
												2	ACTIVACIÓN DE CADENA LLAMADAS EN CASO DE EVENTO ADVERSO POSTERIOR A LA VACUNACIÓN (EAPV) QUIEN: VACUNADOR Y MÉDICO PERIODICIDAD: CADA QUE OCURRA EL EVENTO EVIDENCIA: ACTA	MODERADO					
51	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD / VACUNACIÓN	REPUTACIONAL	FALTA DE CONOCIMIENTO Y EXPERTICIA DEL TALENTO HUMANO EN CUANTO A TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN Y MANUAL DE BIOSEGURIDAD	ERRORES EN LA TÉCNICA, APLICACIÓN O INDAGACIÓN DE ANTECEDENTES PREVIO A LA ADMINISTRACIÓN DEL INMUNOBIOLOGICO	POSIBILIDAD DE INCUMPLIMIENTO EN LAS METAS ESTABLECIDAS POR PARTE DEL ENTE DEPARTAMENTAL Y TERRITORIAL EN EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN PAI EN MEJRES DE 5 AÑOS	DESARROLLO DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN SALUD PÚBLICA	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MUY ALTA	MAYOR	ALTA	1	SEGUIMIENTO A LA COHORTE DE MANERA TELEFÓNICA-MENSUAL- MATRIZ EN DRIVE DE SEGUIMIENTOS QUIEN: APOYO DE VACUNACIÓN CUANDO: MENSUAL EVIDENCIA: MATRIZ EN DRIVE DE SEGUIMIENTOS	MAJOR	ALTA	REDUCIR			
												2	DEMANDA INDUCIDA PARA ESQUEMA DE VACUNACIÓN PAI EN MEJORES DE 5 AÑOS QUIEN: APOYO DE VACUNACIÓN EVIDENCIA: MATRIZ DE DEMANDA INDUCIDA CUANDO: MENSUAL	MAJOR					
												3	BARRIDOS DE VACUNACIÓN CASA A CASA QUIEN: PERSONAL DE VACUNACIÓN CUANDO: SEGUN CRONOGRAMA EVIDENCIA: EVIDENCIAS ENTREGADAS POR EL EQUIPO DE VACUNACIÓN, REGISTRO FOTOGRÁFICO	MAJOR					
												4	SEGUIMIENTO A MENORES EN JARDINES DEL ICBF – CUANDO TRIMESTRAL QUIEN: PERSONAL DE VACUNACIÓN EVIDENCIA: REGISTRO FOTOGRÁFICO Y ACTA	MAJOR					



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO: MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

OBJETIVO: Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que afectan o no la gestión de la institución, para evaluarlos, clasificarlos y priorizarlos en función de su impacto y probabilidad de ocurrencia, para poderlos controlar y mitigar. Los riesgos se identifican a través de la observación directa, la revisión de documentos, la consulta a los colaboradores y la participación de los interesados en el proceso.

VALORACIÓN DEL RIESGO: La probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, se basan en la experiencia y el conocimiento de los colaboradores de la institución.

VALORACIÓN DE CONTROLES: Un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Las responsabilidades de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.

REFERENCIA	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO	CAUSA	CAUSA RAZ	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGÍA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	Nº CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
62	SALUD PÚBLICA / APS PIC	ECONÓMICO	FALLAS DE LA SUPERVISIÓN TÉCNICA POR DESCONOCIMIENTO O INEXISTENCIA DEL PERFIL	FALLAS EN EL SEGUIMIENTO DE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LOS CONTRATOS DE APS Y PIC	POSIBILIDAD DE INCUMPLIMIENTO DE METAS CONTRACTUALES ESTABLECIDAS DE LOS CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS	DISMINUCIÓN DEL PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESOS	BAJA	MODERADO	MODERADO	1	SEGUIMIENTO A EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES CON EVIDENCIAS SUMINISTRADAS POR EL PERSONAL DE CAMPO QUIEN PROFESIONAL DE APOYO CONTRATOS Y CONVENIOS DE SALUD PÚBLICA PERIODICIDAD MENSUAL EVIDENCIA INFORME DE ACTIVIDADES Y CUENTAS DE CUERO	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
63	AMBULATORIO / CONSULTA EXTERNA	REPUTACIONAL	Infraestructura insuficiente no disponibilidad de horas especialista	La demanda de pacientes que acude mensualmente por solicitud de citas médicas supera la oferta de servicios, sobrepasando en un 13% el porcentaje de aceptabilidad establecido en el indicador	POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA	Aumento de las PQRS de los usuarios y entidades prestadoras de salud Desvío de indicadores de oportunidad Disminución de la productividad del servicio	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	BAJA	MODERADO	MODERADO	1	REGISTRO DE DEMANDA INSATISFECHA QUE PERMITE EVALUAR NECESIDAD DE AGENDAS MÉDICAS QUIEN TALENTO HUMANO DE CONSULTA EXTERNA Y CENTRAL DE CITAS PERIODICIDAD DIARIA EVIDENCIA REPORTE EN DINÁMICA GERENCIAL FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO DE DEMANDA INSATISFECHA CE-FT-10	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SOLICITUD DE AGENDAS ADICIONALES PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA DEMANDA QUIEN REFERENTE DE CONSULTA EXTERNA PERIODICIDAD MENSUAL EVIDENCIA FORMATO EXCEL CON PROYECCIÓN Y OFICIO CON LA SUBGERENCIA CIENTÍFICA	MODERADO		
64	AMBULATORIO / CONSULTA EXTERNA	REPUTACIONAL	Infraestructura insuficiente no disponibilidad de horas especialista	La demanda de pacientes que acude mensualmente por solicitud de citas médicas supera la oferta de servicios, sobrepasando en un 13% el porcentaje de aceptabilidad establecido en el indicador	POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA POR FALTA EN EL RE AGENDAMIENTO DE LA CITA	Inconformidad del usuario por desplazamiento de usuarios para el cumplimiento de sus citas médicas Aumento de las PQRS de los usuarios	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	BAJA	MODERADO	MODERADO	1	ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE PACIENTES PARA PODER REALIZAR EL RE AGENDAMIENTO QUIEN PERSONAL DE LÍNEA DE FRENTE DE CENTRAL DE CITAS PERIODICIDAD DIARIA EVIDENCIA PLANILLAS DE AGENDAS REPROGRAMADAS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	RE AGENDAMIENTO DE CITAS EN CASO DE QUE SE REQUERA QUIEN COORDINACIÓN DE CONSULTA EXTERNA PERIODICIDAD A NECESIDAD EVIDENCIA PLANILLAS DE AGENDAS REPROGRAMADAS	MODERADO		
65	AMBULATORIO / CONSULTA EXTERNA	REPUTACIONAL	El usuario no es adherente a la cita programada	El usuario no es adherente a la cita programada	POSIBILIDAD DE INASISTENCIA DE USUARIOS A CITAS PROGRAMADAS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	Disminución de la productividad Inconformidad por parte de los médicos especialistas Desvío del indicador que contiene el plan de mejora	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	BAJA	MODERADO	MODERADO	1	CONFIRMACIÓN DE CITAS MÉDICAS QUIEN PERSONAL DE CONSULTA EXTERNA CUANDO DIARIO EVIDENCIA BASES DE DATOS DE CITAS PROGRAMADAS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
66	AMBULATORIO / SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA	ECONÓMICO	DESCONOCIMIENTO A LAS ALERGIAS DEL MEDICAMENTO	DESCONOCIMIENTO A LAS ALERGIAS DEL MEDICAMENTO	POSIBILIDAD DE COMPLICACIONES TERAPÉUTICAS Y MEDICAMENTOS RELACIONADAS CON LA SEDACIÓN	FALLA RESPIRATORIO RASH CUTÁNEO	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES Y CONDICIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE PERIODICIDAD CUANDO LLEGA EL PACIENTE AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA EVIDENCIA HISTORIA CLÍNICA	MODERADO	MODERADO	TRABAJAR / REDUCIR
												2	APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO PARA SEDACIÓN EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA PERIODICIDAD CUANDO LLEGA EL PACIENTE AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA EVIDENCIA FORMATO AB-GS-FT-08 DILIGENCIADO	MODERADO		
67	AMBULATORIO / SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA	REPUTACIONAL	NO APLICACIÓN DE BARRERAS PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS INSTITUCIONALMENTE	INESTABILIDAD HEMODINÁMICA DEL PACIENTE NO IDENTIFICACIÓN DE RIESGO DE CAÍDA EN EL PACIENTE	POSIBILIDAD DE CAÍDAS EN EL SERVICIO	EVENTO ADVERSO	USUARIOS PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	APLICACIÓN DE BARRERAS PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DEFINIDAS INSTITUCIONALMENTE (BARRANDAS ELEVADAS IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO)	MODERADO		TRABAJAR / REDUCIR
												2	CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA PERIODICIDAD SEMESTRAL EVIDENCIA ACTA DE CAPACITACIÓN Y POSTEST	LEVE	BAJO	



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO:		MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL																
OBJETIVO:		Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el aseguramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución.																
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Monitorear los riesgos que existen o no bajo el control de la organización, para ello se define cómo se genera el contexto que genera el riesgo, se analiza la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impactos, se busca determinar la zona de riesgo inicial.													VALORACIÓN DEL RIESGO: se parte del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impactos, se busca determinar la zona de riesgo inicial.		VALORACIÓN DE CONTROLES: se controla el riesgo como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de procesos con el apoyo de su equipo de trabajo.			
REFERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Causa	CAUSA RAIZ Por qué	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe considerar todos los detalles que sean relevantes y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGÍA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROLES	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO		
58	AMBULATORIO / SERVICIO DE GASTROENTEROL OGÍA	REPUTACIONAL	PACIENTES HOMÓNIMOS	ALTA DEMANDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO	POSIBILIDAD DE ENTREGA EQUIVOCADA DE RESULTADOS	EVENTO ADVERSO	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	VERIFICACIÓN CRUZADA DEL PACIENTE AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL RESULTADO EVIDENCIA: INDICADOR	MODERADO	BAJO	TRASLADAR /REDUCIR		
												2	CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE ENTREGA EQUIVOCADA DE RESULTADO EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: ACTA DE CAPACITACIÓN Y POSTEST	LEVE				
59	AMBULATORIO / SERVICIO FARMACÉUTICO	REPUTACIONAL	Falta de adherencia al protocolo de control de fecha de vencimientos	Falta de seguimiento y conocimiento del protocolo	POSIBILIDAD DE COMPLICACIONES DEL PACIENTE POR SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS VENCIDOS	EVENTO ADVERSO AL PACIENTE O INCONVENIENTE	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MODERADO	MAYOR	ALTA	1	CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE FARMACIA EN EL PROCESO DE CONTROL DE FECHA DE VENCIMIENTOS QUIEN: DIRECTOR TÉCNICO OUTSOURCING PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: ACTAS DE ASISTENCIA	MAYOR	ALTA	TRASLADAR /REDUCIR		
												2	REALIZAR RECEPCIÓN TÉCNICA AL RECIBIR LOS PRODUCTOS VENCIDOS QUIEN: REGENTE DE FARMACIA PERIODICIDAD: CADA QUE LLEGA EL PRODUCTO EVIDENCIA: ACTA DE RECEPCIÓN TÉCNICA	MAYOR				
												3	SANAJORIZAR E IDENTIFICAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS COLORES DEFINIDOS EN EL INSTRUCTIVO "CONTROL DE FECHAS DE VENCIMIENTO" SI-M-07 Y DEMARCAR CON STICKER ROJO LOS PROXIMOS A VENCER QUIEN: PERSONAL DE FARMACIA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: FORMATOS DE MEDICAMENTOS 1-8 ALTO RIESGO 1 MEDICAMENTOS LARA Y GRUPOGRAMA 16 SANAJORIZACIÓN	MAYOR				
60	AMBULATORIO / SERVICIO FARMACÉUTICO	ECONÓMICO	FALTA DE DISPONIBILIDAD DE TODOS LOS MEDICAMENTOS CONTRATADOS	FALTA DE CONTROL DE MÁXIMOS Y MÍNIMOS Y PLAN DE CONTINGENCIA PARA LOS MEDICAMENTOS DE BAJA ROTACIÓN	POSIBILIDAD DE INCORPORACIÓN EN EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS VITALES	PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MODERADO	MAYOR	ALTA	1	SOLICITUD DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS AL CENTRO LOGÍSTICO DE ACUERDO A NECESIDADES Y OFERTANZA DE LOS SERVICIOS QUIEN: REGENTE DE FARMACIA PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: CORREO CON EL FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO	MAYOR	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR		
												2	SOLICITUD DE PENDIENTES DE MEDICAMENTOS E INSUMOS AL CENTRO LOGÍSTICO QUE NO LLEGARON EN EL PEDIDO SEMANAL QUIEN: REGENTE DE FARMACIA PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: CORREO DE SOLICITUD AL CENTRO LOGÍSTICO	MAYOR				
												3	REQUIMIENTO AL SISTEMA DE MÁXIMOS Y MÍNIMOS CON SU RESPECTIVO PUNTO DE REPOSICIÓN QUIEN: REGENTE DE FARMACIA PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: LISTADO MAESTRO DE MEDICAMENTOS Y MEDICOURRURGICOS	MAYOR				
												4	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS O INSUMOS SOLICITADOS Y QUE NO SE ENCUENTRAN CONTRATADOS QUIEN: REFERENTE DE FARMACIA PERIODICIDAD: CUANDO SE PRESENTE FALTA DE MEDICAMENTO O INSUMO EVIDENCIA: ACTA DE REUNIÓN O OFICIO DEL SOPORTE	MODERADO				
61	FARMACOVIGILAN CIA	REPUTACIONAL	POR INCUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR EN LAS MARCAS DE MEDICAMENTOS PACTADAS	POR FALTA DE REVISIÓN DE ALERTAS SEGUN LO ESTABLECIDO EN EL PROGRAMA	PROBABILIDAD DE QUE SE ADQUIERA UN MEDICAMENTO QUE TENGA ALERTAS SANITARIAS VIGENTES O DE NO CUMPLIR CON LAS INDICACIONES QUE EMITE EL INVIMA FRENTE A UNA ALERTA SANITARIA DE MEDICAMENTOS	Afectación legal y económica EVENTO ADVERSO	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	BAJA	MODERADO	MODERADO	1	PERIODICIDAD SEMANALMENTE QUIEN: REFERENTE DEL PROGRAMA EVIDENCIAS: EXCEL DE ALERTAS REVISADAS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR		
												2	COMPROMISO CONTRACTUAL CON EL PROVEEDOR PARA NO OFERTAR PRODUCTOS QUE TENGAN ALERTAS SANITARIAS VIGENTES PERIODICIDAD: CADA VEZ QUE SE VA A REALIZAR CONTRATACIÓN DE MEDICAMENTOS QUIEN: QUÍMICO FARMACÉUTICO-COMPRAS EVIDENCIA: ESTUDIO DE CONVENIENCIA DEL CONTRATO	MODERADO				

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO		MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL														
OBJETIVO:		Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que pueden afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución.														
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que están o podrían estar relacionados con los procesos de la institución, en donde el evento adverso es el suceso no deseado, la no realización de una acción o proceso que contribuya a los objetivos y acciones y acciones, el análisis de los factores inherentes y externos que pueden generar riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos.									VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, se puede determinar la zona de riesgo inicial.			VALORACIÓN DE CONTROLES: un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO/SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Como	CAUSA RAZ Por qué	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGÍA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
62	FARMACOVIGILANCIA	REPUTACIONAL	FALTA DE ADHERENCIA AL PROGRAMA	FALTA DE VIGILANCIA ACTIVA Y CUMPLIMIENTO DE PLANES DE MEJORA	PROBABILIDAD DE GESTIÓN INADECUADA DE EVENTOS ASOCIADOS A LOS MEDICAMENTOS	Prevención del evento adverso	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MEDIA	MODERADO	MODERADO	1	VIGILANCIA ACTIVA DE POSIBLES EVENTOS O INCIDENTES RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS QUIEN: REFERENTE DEL PROGRAMA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: REPORTE DE EVENTOS O INCIDENTES DETECTADOS POR VIGILANCIA ACTIVA	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	DETECCIÓN DE RIESGO DE USO INADECUADO DE OPIOIDES QUIEN: TOXICOLOGÍA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: INFORME MENSUAL DE TOXICOLOGÍA	MODERADO		
												3	ANÁLISIS CAUSAL DE EVENTOS ADVERSOS Y EJECUCIÓN DE PLANES DE MEJORA QUIEN: REFERENTE Y SEGURIDAD DEL PACIENTE PERIODICIDAD: CADA VEZ QUE SE PRESENTE EL EVENTO EVIDENCIA: ANÁLISIS EN ALMERA Y FORMATO PLANES DE MEJORA	MODERADO		
63	AMBULATORIO / NEUMOLOGÍA	REPUTACIONAL	Descompensación o condiciones físicas del paciente	Problemas respiratorios en los equipos, o incorrecta utilización de los equipos	POSIBILIDAD DE CAÍDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA	EVENTO ADVERSO O INCIDENTE	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS QUIEN: NEUMOLOGÍA PERIODICIDAD: CUATRIMESTRAL EVIDENCIA: SOPORTE DE MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	ENTREGA DE RECOMENDACIONES A LOS PACIENTES EN VALORACIÓN INICIAL QUIEN: FISIOTERAPEUTA DE NEUMOLOGÍA PERIODICIDAD: EN CADA VALORACIÓN INICIAL EVIDENCIA: VALORACIÓN DEL PACIENTE DEVIACIÓN DEL CONTROL /DESCONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES SOBRE LAS RECOMENDACIONES	MODERADO		
64	AMBULATORIO / NEUMOLOGÍA	REPUTACIONAL	PACIENTES HOMONIMOS	FALLAS EN LA VERIFICACION CRUZADA	POSIBILIDAD DE ENTREGA EQUIVOCA DE RESULTADOS DE NEUMOLOGÍA (TEST DE EJERCICIO, BRONCOMETRICIDAD Y POLISOMNOGRAMAS)	DIAGNOSTICO ERRADO RE PROCESOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE RESULTADOS (TEST DE EJERCICIO, BRONCOMETRICIDAD Y POLISOMNOGRAMAS) QUIEN: FISIOTERAPEUTA DE NEUMOLOGÍA EVIDENCIA: LIBRO DE ENTREGA CUANDO: MENSUAL	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
65	AMBULATORIO / ALTO RIESGO OBSTÉTRICO	REPUTACIONAL	Fallas en los sistemas para la generación de resultados	Fallas en los sistemas para la generación de resultados	POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS (ECOGRAFÍAS)	EVENTO ADVERSO O INCIDENTE	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MODERADA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO A LA ENTREGA OPORTUNA DE RESULTADOS QUIEN: PERSONAL DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO PERIODICIDAD: MENSUAL	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE ECOGRAFOS EVIDENCIA: REPORTE DE MANTENIMIENTOS PERIODICIDAD: SEMESTRAL	MODERADO		
66	AMBULATORIO / PATOLOGÍA	REPUTACIONAL	Error humano	Error en la identificación de las muestras en el momento de hacer el procesamiento y de generar la solicitud del examen	POSIBILIDAD DE IDENTIFICACIÓN INCORRECTA DE MUESTRAS DE PATOLOGÍA	INCIDENTE Y/O EVENTO ADVERSO EN EL PACIENTE DIAGNOSTICO ERRÓNEO	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MODERADA	MODERADO	ALTA	1	VERIFICACIÓN DE MUESTRAS RECEPCIONADAS EN EL LABORATORIO DE PATOLOGÍA Y REGISTRO EN EL LIBRO EVIDENCIA: REGISTRO EN EL LIBRO REMISIÓN DE MUESTRAS SALAS DE CIRUGÍA PERIODICIDAD: DIARIO	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	VERIFICACIÓN DE MUESTRAS RECEPCIONADAS EN EL LABORATORIO DE PATOLOGÍA EN EL MOMENTO DE INGRESO EVIDENCIA: LIBRO DIGITAL PERIODICIDAD: DIARIO	MODERADO		
												3	ASIGNACIÓN DE NUMERACIÓN DE LAS MUESTRAS QUE CORRESPONDA A LA SOLICITUD DE PATOLOGÍA QUIEN: AUXILIAR DE PATOLOGÍA CUANDO: DIARIO EVIDENCIA: MATRIZ DE RELACIÓN DE MUESTRAS	MODERADO		



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO*		MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL											VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto si se hacen deficiente la zona de riesgo final					VALORACIÓN DE CONTROLES: un control se define como la medida que permita reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de procesos con el apoyo de su equipo de trabajo				
OBJETIVO:		Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que pueden afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución																				
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que están o están a punto de ocurrir en la institución, para ello se debe tener en cuenta el contexto actual en el que opera la entidad, la naturaleza de los procesos que conforman los objetivos y acciones y, finalmente, la vulnerabilidad de los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.													VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto si se hacen deficiente la zona de riesgo final			VALORACIÓN DE CONTROLES: un control se define como la medida que permita reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de procesos con el apoyo de su equipo de trabajo						
REFERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Causa	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RIESGO FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO						
67	AMBULATORIO / PATOLOGÍA	REPUTACIONAL	Fallas en los controles de calidad realizados a las muestras	Aplicación incorrecta de los criterios cito morfológicos en el análisis de las muestras	POSIBILIDAD DE GENERACIÓN DE RESULTADO INCORRECTO POR ERRORES EN LA APLICACIÓN DE CRITERIOS CITO MORFOLÓGICOS EN EL ANÁLISIS DE LAS MUESTRAS	DIAGNOSTICO ERRÓNEO O FALSOS POSITIVOS O FALSOS NEGATIVOS	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MODERADO	MAYOR	ALTA	1	CONTROL INTERNO DE CALIDAD PARA CITOLOGÍA Y PARA PATOLOGÍA DE MUESTRAS ALEATORIAS 10% NEGATIVOS Y 100% POSITIVOS QUIEN: MÉDICO PATÓLOGO Y CITO HISTÓLOGO PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: REGISTRO FORMATO DE ANÁLISIS DE CONTROL DE CALIDAD	MAJOR	ALTA	TRASLADAR /REDUCIR						
												2	CONTROL EXTERNO DE CALIDAD DE MUESTRAS ALEATORIAS Y ANALIZADAS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD QUIEN: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: INFORME DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN EXTERNA DEL DESEMPEÑO	MAJOR	ALTA	TRASLADAR /REDUCIR						
68	AMBULATORIO / PATOLOGÍA	REPUTACIONAL	Fallas en los mantenimientos preventivos de los equipos de Patología para el análisis de muestras	Fallas en el equipo que alteren las temperaturas adecuadas para el procesamiento de las muestras	POSIBILIDAD DE DAÑO DE LAS MUESTRAS DE PATOLOGÍA POR FALLAS O ALTERACIONES EN LA TEMPERATURA DE LOS EQUIPOS	IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL ANÁLISIS MORFOLÓGICO Y MICROSCÓPICO DE LA MUESTRA	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESOS	MODERADO	MODERADO	ALTA	1	QUE CONTROL DE TEMPERATURA DE EQUIPOS QUIEN: CITO HISTÓLOGO PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: FORMATO REGISTRO DE TEMPERATURA	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR						
												2	QUE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS QUIEN: INGENIERO BIOMÉDICO PERIODICIDAD: BIMESTRAL EVIDENCIA: REGISTRO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR						
												3	MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS EN CASO DE PRESENTAR DEFECTOS QUIEN: INGENIERO BIOMÉDICO PERIODICIDAD: A DEMANDA EVIDENCIA: REGISTRO DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR						
69	AMBULATORIO / PATOLOGÍA	REPUTACIONAL	Fallas en la recepción técnica de los insumos y reactivos	Fallas en la recepción técnica de los insumos o seguimiento a los controles de los reactivos	POSIBILIDAD DE DAÑO DE MUESTRAS POR CALIDAD INADECUADA DE LOS REACTIVOS E INSUMOS	IMPOSIBILIDAD DE HACER EL PROCESAMIENTO ANALISIS MICROSCÓPICO INCIDENTE Y/O EVENTO ADVERSO EN EL PACIENTE DIAGNOSTICO ERRÓNEO	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESOS	MODERADO	MODERADO	ALTA	1	RECEPCIÓN TÉCNICA DE INSUMOS Y REACTIVOS QUIEN: CITO HISTÓLOGO PERIODICIDAD: A DEMANDA EVIDENCIA: REGISTRO FORMATO ACTA DE RECEPCIÓN DE INSUMOS Y REACTIVOS RELEVANTES	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR						
												2	VERIFICACIÓN REPORTE DE ALERTA SANITARIA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS REACTIVOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DE LA PAGINA OFICIAL DEL INVIMA QUIEN: CITO HISTÓLOGO PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: REGISTRO EN EL FORMATO	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR						
												3	CONTROL DE CALIDAD INTERNO DE LOS REACTIVOS QUIEN: CITO HISTÓLOGO PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: CONTROL ACTA DE RECEPCIÓN DE INSUMOS Y REACTIVOS	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR						
70	AMBULATORIO / NUTRICIÓN	REPUTACIONAL	Falta de adherencia al procedimiento de solicitud y distribución de alimentos a los pacientes y del funcionamiento del servicio de alimentos	Demora o no prescripción medica cuando se define conducta ausencia de la sala de Nada Via Oral por enfermería	POSIBILIDAD DE ALTERACIÓN EN EL ESTADO CLÍNICO DE LOS PACIENTES Y/O TRATAMIENTO POR ERROR O FALLAS EN EL SUMINISTRO DE LA DIETA O AYUNO PROLONGADO	Retrasos en el tratamiento del paciente Complicaciones asociadas a las estancias hospitalarias	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MODERADO	MODERADO	ALTA	1	VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DE AJUSTAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS A PACIENTES CON EL FIN DE EVITAR ERRORES EN LAS DIETAS A PACIENTES QUIEN: NUTRICIONISTA DEL AREA DE ALIMENTOS PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: INFORME DE VERIFICACION DE CARROS DE DIETAS	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR						
												2	SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO "SOLICITUD Y DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS A PACIENTES" QUIEN: SUPERVISORA DEL AREA DE COCINA Y NUTRICIONISTA PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: FORMATO DE SOLICITUD DE DIETAS	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR						
												3	CAPACITACIONES SOBRE LOS PROCESOS INTERNOS DE NUTRICIÓN AL PERSONAL DE SERVICIO DE ALIMENTOS QUIEN: OPERARIO DE COCINA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: PERSONAL DE NUTRICIÓN	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR						
												4	SEGUIMIENTO AL SUMINISTRO DE DIETAS, IDENTIFICANDO LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE ACUERDO AL CONOCIMIENTO DE SU DIETA ORDENADA Y SU CONDICIÓN DE SALUD QUIEN: NUTRICIÓN PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: INFORME CONSOLIDADO	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR						

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO: MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

OBJETIVO: Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que existen o que puedan surgir en la organización, para ello se deben tener en cuenta los contextos actuales y en el que se va a trabajar, áreas y procesos de cada proceso que conforma su estructura y siempre y necesariamente en todos los niveles, áreas y procesos que pueden generar riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos.									VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de suceso del riesgo y sus consecuencias o impacto, se debe determinar la zona de riesgo inicial			VALORACIÓN DE CONTROLES: un control se define como la medida que permita reducir o mitigar el riesgo. Las responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de procesos con el apoyo de su equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Como	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
71	AMBULATORIO / NUTRICIÓN	REPUTACIONAL	Falta de adherencia al proceso de suministro de dietas enterales / soporte nutricional	Demora en la solicitud de acuerdo a la prescripción por nutrición de soporte nutricional	POSIBILIDAD DE AFECTACIÓN DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE PACIENTE Y DEBIDO A LA CONTINUIDAD DE SOPORTE NUTRICIONAL DE ACUERDO A LA CONDICIÓN DE SALUD	Estancias prolongadas / Complicaciones asociadas a la estancia hospitalaria	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	VERIFICAR EL SUMINISTRO DE ACUERDO A LO INDICADO POR EL ÁREA DE NUTRICIÓN, REALIZANDO SEGUIMIENTO A LA SOLICITUD Y DISTRIBUCIÓN DEL SOPORTE NUTRICIONAL DE ACUERDO A LA HORA ORDENADA, DOSIS Y FRECUENCIA MEDIANTE EL FORMATO "VERIFICACIÓN DE SUMINISTRO SOPORTES NUTRICIONALES" QUIEN: ÁREA DE NUTRICIÓN PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: REGISTRO EN EL FORMATO N1-ET-02 Y FORMATO DE SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
72	AMBULATORIO / CARDIOLOGÍA	REPUTACIONAL	1. CONDICIONES DEL USUARIO QUE PUEDAN AFECTAR SU EQUILIBRIO, ALTERACIÓN DE LA MARCHA, ALTERACIONES VISUALES, USUARIOS CON ALGUNA CONDICIÓN ESPECIAL(DISCAPACIDAD)	1. BILAS, CAMILLAS Y CAMAS EN CONDICIONES INADECUADAS (SIN FRENSOS, BARANDAS ABAJO O DAÑADAS). 2. USUARIOS SIN ACOMPAÑAMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL ENCARGADO(AUXILIAR DE ENFERMERÍA, CAMILLERO) O FAMILIAR. 3. NO IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DEL PACIENTE EN MANILLA DE IDENTIFICACIÓN 4. CONDICIONES INADECUADAS DEL PISO(MOJADO O CON MUCHA CERA)	POSIBILIDAD DE CAÍDA DE PACIENTE EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA	EVENTO ADVERSO O INCIDENTE	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	2	CAPACITACIONES SOBRE LOS PROCESOS INTERNOS DE NUTRICIÓN AL PERSONAL ASISTENCIAL QUIEN: ÁREA DE NUTRICIÓN PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: ACTAS DE SOCIALIZACIÓN	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												1	SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE CAÍDAS E IDENTIFICARON DEL PACIENTE AL PERSONAL DE CARDIOLOGÍA QUIEN: REFERENTE DE CARDIOLOGÍA PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: LISTADO DE ASISTENCIA	MODERADO		
												2	VERIFICACIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES MEDIANTE LISTA DE CHEQUEO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS QUIEN: PERSONAL DE CARDIOLOGÍA CUANDO: MENSUAL EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO	MODERADO		
												2	SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO QUIEN: REFERENTE DE CARDIOLOGÍA E INGENIERO BIOMÉDICO PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: HOJAS DE VIDA DE LOS EQUIPOS DESVIACIÓN DEL CONTROL: POSIBLES FALLAS DE LOS EQUIPOS	MODERADO		
73	AMBULATORIO / CARDIOLOGÍA	REPUTACIONAL	1. DATOS INCOMPLETOS DEL USUARIO O PACIENTE A QUIEN SE LE REALIZÓ EL ESTUDIO 2. PERDIDA DEL VOLANTE DE ENTREGA DEL ESTUDIO	1. FALLAS EN LA VERIFICACIÓN DE PACIENTE CORRECTO AL ENTREGAR LOS RESULTADO 2. FALLAS EN LA VERIFICACIÓN DEL ESTUDIO CORRECTO AL ENTREGAR LOS RESULTADO 3. NO CONTAR CON INSTRUCTIVOS O PROCEDIMIENTOS CLAROS	POSIBILIDAD DE ENTREGA EQUIVOCADA DE RESULTADOS DE ESTUDIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO	EVENTO ADVERSO DIAGNÓSTICOS ERRADOS TRATAMIENTO INADECUADO	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MODERADO	MODERADO	ALTA	1	SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES REFERENTE DE CARDIOLOGÍA PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: ACTA, LISTADO DE ASISTENCIA Y PÓSTEST	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO ADHERENCIA A LA CORRECTA ENTREGA DE REPORTES EVIDENCIA LISTA DE CHEQUEO PERIODICIDAD: MENSUAL	MODERADO		
74	AMBULATORIO / CARDIOLOGÍA	REPUTACIONAL	1. DATOS INCOMPLETOS DEL USUARIO O PACIENTE A QUIEN SE LE REALIZÓ EL ESTUDIO 2. PERDIDA DEL VOLANTE DE ENTREGA DEL ESTUDIO	1. FALLAS EN LA VERIFICACIÓN DE PACIENTE CORRECTO AL ENTREGAR LOS RESULTADO 2. FALLAS EN LA VERIFICACIÓN DEL ESTUDIO CORRECTO AL ENTREGAR LOS RESULTADO 3. NO CONTAR CON INSTRUCTIVOS O PROCEDIMIENTOS CLAROS	POSIBILIDAD DE INCORRECTA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA	EVENTO ADVERSO DIAGNÓSTICOS ERRADOS TRATAMIENTO INADECUADO	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MODERADO	MODERADO	ALTA	1	SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE AL PERSONAL DE CARDIOLOGÍA REFERENTE DE CARDIOLOGÍA PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: ACTA LISTADO DE ASISTENCIA Y PÓSTEST	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO ADHERENCIA A LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EVIDENCIA LISTA DE CHEQUEO PERIODICIDAD: MENSUAL	LEVE		
75	AMBULATORIO / TERAPIA FÍSICA	REPUTACIONAL	FACTORES ASOCIADOS AL COMPORTAMIENTO Y ESTRUCTURAS ANATÓMICAS DEL PACIENTE	1. FALTA DE ACOMPAÑAMIENTO O FALLAS EN LA INFRAESTRUCTURA	POSIBILIDAD DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA	EVENTO ADVERSO O INCIDENTE	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MODERADO	LEVE	ALTA	1	SEGUIMIENTO AL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS PARA DISMINUIR EL RIESGO DE CAÍDAS EN EL SERVICIO QUIEN: TERAPEUTA FÍSICA ASIGNADA O AUXILIAR DE TERAPIA CUANDO: CUATRIMESTRAL REGISTRO: INFORME DE MANTENIMIENTO	LEVE	BAJO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PACIENTES QUE PUEDEN PRESENTAR RIESGO DE CAÍDAS QUIEN: AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE TERAPIA FÍSICA CUANDO: DIARIAMENTE	LEVE		

OBJETIVO: Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución.

Accepted: 17 APRIL 2022

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO: MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

OBJETIVO: "Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución"

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que afectan o no tienen control en la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la interrelación de los procesos que conforman su estructura organizativa y, además, se debe tener en cuenta las actividades y procesos que pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.									VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias, se le asigna, su nivel de riesgo inicial.			VALORACIÓN DE CONTROL: El control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Las organizaciones de implementan y monitorean los controles con los sistemas de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO QUE	CAUSA Como	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
79	AMBULATORIO / TERAPIA RESPIRATORIA	REPUTACIONAL	FALTA DE PERSONAL PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	FALTA DE SEGUIMIENTO A LOS CUADROS DE ACTIVIDADES	POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE TERAPIA RESPIRATORIA	AUMENTO DE LA ESTANCIA INADECUADA PERCEPCIÓN DEL SERVICIO	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	BAJA ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO A LA DIFERENCIA DE MINUTOS TRANSCURRIDOS ENTRE LA HORA EN LA CUAL EL MEDICO SOLICITA LA TERAPIA Y LA HORA EN QUE SE REALIZA QUIEN: LIDER DE TERAPIA PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: MATRIZ EN EXCEL DESCARGADO DE DINAMICA QUE CONTENGA LOS TIEMPOS DE ATENCIÓN	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO A LOS CUADROS DE ACTIVIDADES DE PROGRAMACIÓN DEL PERSONAL QUIEN: LIDER DE TERAPIA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: CUADROS DE ACTIVIDADES RADICADOS A SUBGERENCIA CIENTIFICA	MODERADO		
80	AMBULATORIO / TERAPIA DE FONOAUDIOLOGIA	REPUTACIONAL	FALTA DE PERSONAL PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	AUMENTO DE LA ESTANCIA INADECUADA PERCEPCIÓN DEL SERVICIO	POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE TERAPIA DE FONOAUDIOLOGIA	AUMENTO DE LA ESTANCIA INADECUADA PERCEPCIÓN DEL SERVICIO	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	BAJA ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO A LA DIFERENCIA DE MINUTOS TRANSCURRIDOS ENTRE LA HORA EN LA CUAL EL MEDICO SOLICITA LA TERAPIA Y LA HORA EN QUE SE REALIZA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: EXCEL DE OPORTUNIDAD	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO A LOS CUADROS DE ACTIVIDADES DE PROGRAMACIÓN DEL PERSONAL PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: CUADROS DE ACTIVIDADES RADICADOS A SUBGERENCIA CIENTIFICA	MODERADO		
81	AMBULATORIO / TERAPIA DE FONOAUDIOLOGIA	REPUTACIONAL	DESCONOCIMIENTO DE TÉCNICA	DESCONOCIMIENTO DE TÉCNICA	POSIBILIDAD DE PRESENTARSE EVENTOS ADVERSOS DERIVADOS DE FALLAS EN PROCEDIMIENTOS DE TERAPIA DE FONOAUDIOLOGIA	INSATISFACCIÓN DEL USUARIO COMPLICACIONES RELACIONADAS EN LA ATENCIÓN DE TERAPIA	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	CAPACITACIÓN DEL PERSONAL EN TEMAS RELACIONADOS A LA NECESIDAD DEL SERVICIO CUANDO: TRIMESTRAL	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
82	AMBULATORIO / OTORRINOLARINGOLOGIA	REPUTACIONAL	MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS DE PACIENTES	LIMPIEZA INADECUADA TÉCNICA INCORRECTA EN LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS	PROBABILIDAD DE COMPLICACIONES Y/O EVENTOS ADVERSOS EN PROCEDIMIENTOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA	COMPLICACIONES Y/O EVENTOS ADVERSOS	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESOS	BAJA ALTA	MODERADO	ALTA	1	DILIGENCIAMIENTO DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO A REALIZAR QUIEN: PERSONAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA PERIODICIDAD: A DEMANDA EVIDENCIA: CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	MODERADO		
												2	BRINDAR RECOMENDACIONES AL PACIENTE SOBRE CUIDADOS POST PROCEDIMIENTOS QUIEN: MEDICO DE OTORRINOLARINGOLOGIA PERIODICIDAD: AL MOMENTO DE LA CONSULTA EVIDENCIA: RECOMENDACIONES EN HISTORIA CLINICA	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												3	VERIFICACIÓN DE LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE EQUIPOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA QUIEN: AUXILIAR DE OTORRINOLARINGOLOGIA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION	MODERADO		
83	URGENCIAS	REPUTACIONAL	DAÑOS EN LOS EQUIPOS DE IMÁGENES DIAGNÓSTICOS RETRASO EN EL PROCESO DE REPORTE DE LABORATORIOS	DEMORA EN LA RESPUESTA DE LA INTERCONSULTA SOLICITADAS	POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	AUMENTO EN LAS NOVEDADES DE SEGURIDAD INSATISFACCIÓN DEL USUARIO	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	BAJA ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO A LOS TIEMPOS DE RESPUESTA A INTERCONSULTAS Y A TIEMPOS DE TRIAGE QUIEN: COORDINACIÓN DE URGENCIAS CUANDO: MENSUAL MEDIO DE VERIFICACIÓN: INDICADOR E INFORME DEL DIA A DIA	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	AUDITORIA DE CONCURRENCIA A URGENCIAS QUIEN: AUDITORIA DE CONCURRENCIA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: INFORME DE AUDITORIA	MODERADO		
84	URGENCIAS	REPUTACIONAL	ALTA ROTACION DEL TALENTO HUMANO EN SALUD	NO ADHERENCIA AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE HIGIENE DE MANOS	POSIBILIDAD DE AUMENTAR LA INCIDENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD	AUMENTO EN LAS NOVEDADES DE SEGURIDAD	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	BAJA ALTA	MODERADO	ALTA	1	DISEÑO DE ESTRATEGIAS LUDICOPEdagogicas DE SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE HIGIENE DE MANOS PERIODICIDAD: TRIMESTRAL QUIEN: REFERENTE DEL SERVICIO EVIDENCIA: INFORME TRIMESTRAL	MODERADO		
												2	REALIZAR LA OBSERVANCIA DE LA APLICACIÓN DE LOS MOMENTOS DE HIGIENE DE MANOS PARA LA MONITORIZACION DEL INDICADOR PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO QUIEN: PERSONAL DE ENFERMERIA	MODERADO	BAJO	REDUCIR



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO: MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

OBJETIVO: Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución.

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que existen en la gestión y el control de la organización para ello se debe tener en cuenta el contexto institucional en el que opera la entidad, los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos de la institución, los procesos que se ejecutan y los impactos y consecuencias de los riesgos que se generan en la gestión y el control de la organización.									VALORACIÓN DEL RIESGO: En parte del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impactos, se busca determinar la zona de riesgo final.			VALORACIÓN DE CONTROLES: Los controles se definen como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de procesos con el apoyo de su equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Como	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que son fáciles de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGÍA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	Nº CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
85	URGENCIAS / IMÁGENES DIAGNOSTICAS	REPUTACIONAL	INOPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS	TIEMPOS PROLONGADOS DE LECTURA DE RADIOGRAFÍA CONVENCIONAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN QUE AFECTAN LA CONDUCTA DEFINITIVA DEL PACIENTE POR PARTE DEL MÉDICO	POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE RADIOGRAFÍA PARA URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN	MALA CONDUCTA TERAPÉUTICA REINGRESOS	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MODERADO	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO A LOS TIEMPOS DE LECTURA DESDE EL SISTEMA DE INFORMACIÓN - PLATAFORMA RAMSOFT Y DINÁMICA GERENCIAL QUIEN: REFERENTE DE RADIOLOGÍA Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: FORMATO DE SEGUIMIENTO A TIEMPOS DE RADIOLOGÍA PARA QUE: CONTROLAR LOS TIEMPOS DE	MODERADO	MODERADO	TRABAJAR / REDUCIR
												2	PRIORIZACIÓN DE ENTREGA DE RESULTADOS ENTREGADOS DE RADIOLOGÍA PERIODICIDAD: SEMANAL QUIEN: AUXILIAR DE ENTREGA DE RESULTADOS EVIDENCIA: FORMATO DE REPORTE DE RESULTADOS NOTIFICADOS PARA QUE: DETERMINAR RESULTADO NO ENTREGADOS Y PRIORIZAR SU ENTREGA	MODERADO		
86	URGENCIAS / IMÁGENES DIAGNOSTICAS	REPUTACIONAL	FALLAS DE COMUNICACIÓN	BARRERAS QUE DIFICULTAN LA ARTICULACIÓN CON LOS SERVICIOS ASISTENCIALES	POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD DE EN LA TOMA DE ESTUDIOS DE IMAGENOLÓGIA	RETRASOS EN LA ATENCIÓN	USUARIOS PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN CON LAS ÁREAS ASISTENCIALES PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LOS ESTUDIOS DE IMAGENOLÓGIA QUIEN: TALENTO HUMANO DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA EVIDENCIA: SEGUIMIENTO APLICATIVO CAS PERIODICIDAD: DIARIAMENTE PARA QUE: CUMPLIR DE MANERA OPORTUNA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR / REDUCIR
												2	VERIFICACIÓN ESTUDIOS PENDIENTES POR EL SERVICIO DE CAMILLEROS QUIEN: CAMILLEROS PERIODICIDAD: SEMANAL PARA QUE: TENER MAYOR CONTROL DE LOS ESTUDIOS DE IMAGENOLÓGIA QUE QUEDAN PENDIENTE, ESPECIALMENTE DE AQUELLOS QUE REQUIEREN DE PREPARACIÓN	MODERADO		
87	URGENCIAS / IMÁGENES DIAGNOSTICAS	REPUTACIONAL	PACIENTE NO INFORMA LOS ANTECEDENTES	NO SE REALIZA INDAGACIÓN DE LOS ANTECEDENTES DEL PACIENTE QUE PUEDAN PROVOCAR REACCIÓN ADVERSA	POSIBILIDAD DE REACCIÓN ADVERSA POR ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO CONTRASTE	EVENTO ADVERSO	USUARIOS PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO A LOS ESTUDIOS CONTRASTADOS DONDE SE INDAGA ANTECEDENTES DE PACIENTES QUE PUEDA PROVOCAR LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO QUIEN: AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO PERIODICIDAD: A NECESIDAD O DEMANDA EVIDENCIA: FORMATO LISTA DE CHEQUEO CON CÓDIGO UR-RX-FT-20	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR / REDUCIR
88	URGENCIAS / IMÁGENES DIAGNOSTICAS	REPUTACIONAL	TÉCNICA INADECUADA EN LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS	TÉCNICA INADECUADA EN LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS	POSIBILIDAD DE SOBRE EXPOSICIÓN A RADICACIÓN POR ESTUDIOS RECHAZADOS	EXPOSICIÓN INNECESARIA (PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN RADIOLOGICAS)	USUARIOS PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE CALIDAD DE IMAGEN QUIEN: TECNÓLOGO DE RADIOLOGÍA PERIODICIDAD: A DEMANDA EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO CON CÓDIGO UR-RX-FT-20	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR / REDUCIR
89	URGENCIAS / IMÁGENES DIAGNOSTICAS	REPUTACIONAL	ERRORES EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	ERROR O FALLAS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	POSIBILIDAD DE ENTREGA EQUIVOCA DE RESULTADOS DE ESTUDIOS DE IMAGENES DIAGNOSTICO	DIAGNOSTICOS ERRADOS	USUARIOS PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE RESULTADOS DE IMAGENOLÓGIA QUIEN: PERSONAL DE IMAGENOLÓGIA CUANDO: DIARIO EVIDENCIA: FORMATO RX-FT-06 FORMATO DE REGISTRO DE ENTREGA DE RESULTADOS DE IMAGENOLÓGIA	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR / REDUCIR
90	URGENCIAS / CONTRA REFERENCIA	ECONÓMICO	1 MALA CALIDAD DE LA REMISIÓN SIN PERTINENCIA 2 SEGUIMIENTO INADECUADO DEL PROCESO DE REMISIÓN 3 TIEMPOS PROLONGADOS EN EL PROCESO DE SALIDA DEL PACIENTE CONFIRMADO 4 TRASLADO DE PACIENTE INSEGURO	1 TIEMPOS PROLONGADOS EN LA RADICACIÓN EN LA OFICINA DE RADIO DE LA REMISIÓN 2 INOPORTUNIDAD EN RADICACIÓN DE REFERENCIA A EPS Y CRUE 3 RADICACIÓN INCOMPLETA DE REMISIÓN Y SOPORTES	POSIBILIDAD DE SANCIONES DISCIPLINARIAS, PENALES Y ECONÓMICAS POR INOPORTUNIDAD EN LA RADICACIÓN, SEGUIMIENTO Y TRASLADO DEL USUARIO EN PROCESO DE REMISIÓN	AFECTACIÓN LEGAL Y ECONÓMICA	USUARIOS PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO A LAS REMISIONES REALIZADAS MEDIANTE EL LIBRO CONTROL DE RADICACIÓN QUIEN: REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: LIBRO CONTROL DE RADICACIÓN DE REMISIONES	MODERADO		REDUCIR
												2	VALORACIÓN DE CALIDAD Y PERTINENCIA DE REMISIÓN QUIEN: REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA PERIODICIDAD: CUANDO SE PRESENTE LA REMISIÓN EVIDENCIA: MATRIZ CONTROL DE BITACORAS DE REMISIÓN	MODERADO		
												3	BITÁFORA DE RADICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE REMISIÓN - DINÁMICA GERENCIAL QUIEN: REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA PERIODICIDAD: CUANDO OCURRE LA REMISIÓN EVIDENCIA: DINÁMICA GERENCIAL	MODERADO	MODERADO	
												4	SEGUIMIENTO AL TRASLADO DEL PACIENTE MEDIANTE BITÁFORA DE TRASLADO DE PACIENTE QUIEN: REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA PERIODICIDAD: CADA QUE SE TRASLADA EL PACIENTE EVIDENCIA: BITÁFORA DE TRASLADO	MODERADO		



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO: MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

OBJETIVO: "Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evolución permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución"

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que afectan el cumplimiento de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto interno y externo, la misión, visión y valores de la institución, la estructura organizacional, los recursos humanos, financieros y tecnológicos, las actividades y procesos, los productos y servicios, los indicadores de gestión y los riesgos que se puedan generar, así como el cumplimiento de la legislación.									VALORACIÓN DEL RIESGO: se refiere al análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impactos, se busca determinar la zona de riesgo.			VALORACIÓN DE CONTROLES: un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Las responsabilidades de implementar y monitorear los controles son las de la gerencia de procesos con el apoyo de su equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO/SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Como	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean relevantes y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGÍA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
												5	REGIMIENTO A LA LISTA DE CHEQUEO DE SALIDA QUIEN REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA PERIODICIDAD: CADA QUE SALE EL PACIENTE EVIDENCIA: REGISTRO EN EL FORMATO LISTA DE CHEQUEO	MODERADO		
91	LABORATORIO CLÍNICO TOMA DE MUESTRAS	REPUTACIONAL	OMISIÓN O NO VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD DE LOS PACIENTES Y MUESTRAS DE LABORATORIO	FALTA DE ADHERENCIA A CORRECTOS DE LA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO	PROBABILIDAD DE IDENTIFICACIÓN INCORRECTA DE PACIENTE Y MUESTRAS DE LABORATORIO	ENTREGA DE RESULTADOS ERRÓNEOS AL USUARIO	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MODERADO	MODERADO	ALTA	1	VERIFICACIÓN DE CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE MUESTRAS DE LABORATORIO FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE PAQUETE PARA GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE Y MUESTRAS DE LABORATORIO CON CÓDIGO DT-LC-FT-21 PERIODICIDAD: MENSUAL	MEJOR	MODERADO	REDUCIR
												2	ASIGNACIÓN DE CONSECUTIVO DE MUESTRAS POR MEDIO DE SOFTWARE DE LABORATORIO E IMPRESIÓN DE STICKERS PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO DT-LC-FT-50 MEDICIÓN DEL CICLO DE ATENCIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO	MEJOR		
												3	CAPACITACIONES EN TOMA DE MUESTRAS Y CORRECTOS DE LA TOMA DE MUESTRAS PERIODICIDAD: CUATRIMESTRAL EVIDENCIA: POSTER LISTADO DE ASISTENCIA Y ACTA	MEJOR		
												4	APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO PAQUETE INSTRUCCIONAL GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y LAS MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO FASE PRE ANALÍTICA FORMATO DT-LC-FT-57 FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE PAQUETE PARA GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y LAS MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO FASE PRE ANALÍTICA PERIODICIDAD: MENSUAL	MEJOR		
												5	VERIFICACIÓN CRUZADA DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUESTRA (TUBO, STICKER VS SISTEMA) ANTES DE LA VALIDACIÓN DE RESULTADOS EVIDENCIA: FORMATO DT-LB-FT-21 LISTA DE CHEQUEO DE PAQUETE INSTRUCCIONAL PERIODICIDAD: TRIMESTRAL	MEJOR		
92	APOYO DIAGNÓSTICO / LABORATORIO CLÍNICO TOMA DE MUESTRAS	REPUTACIONAL	NO SE IDENTIFIQUE PRODUCTO NO CONFORME	FALTA DE ADHERENCIA A LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN EL SERVICIO	POSIBILIDAD DE REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO NO CONFIABLES	EMISIÓN DE RESULTADOS INCONGRUENTES CON LA CLÍNICA DEL PACIENTE	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MODERADO	MODERADO	ALTA	1	MANTENIMIENTO DIARIO DE LOS EQUIPOS DE LABORATORIO PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTOS DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO PARA GARANTIZAR LA EFECTUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES FORMATO REGISTRO DE ACTIVIDADES ÁREA DE PROCESAMIENTO CON CÓDIGO DT-LC-FT-38 PERIODICIDAD: DIARIA	MODERADO		
												3	SEGUIMIENTO A CONTROL DE CALIDAD INTERNO PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: FORMATO BITÁCORA SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CALIDAD INTERNO CON CÓDIGO DT-LC-FT-64	MODERADO		
												4	ANÁLISIS REGIMIENTO DEL CONTROL DE CALIDAD INTERNO PERIODICIDAD: MENSUAL FORMATO SEGUIMIENTO CONTROL DE CALIDAD INTERNO DT-LC-FT-28	MODERADO		
												5	CAPACITACIÓN PRODUCTO NO CONFORME PERIODICIDAD: CUATRIMESTRAL EVIDENCIA: POSTER LISTADO DE ASISTENCIA Y ACTA	MODERADO		

OBJETIVO: Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que pueden afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución.

Los formatos **Impresos** no digitalizados se conservan en los copias del microfilm.

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO: MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

OBJETIVO: "Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución"

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que existen en la institución, para ello se debe tener en cuenta el contexto institucional en el que opera la institución, la información de cada proceso que conforma su objetivo y alcance, y finalmente el análisis de los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.

VALORACIÓN DEL RIESGO: A partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto a, se busca determinar la zona de riesgo final.

VALORACIÓN DE CONTROLES: Un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.

REFERENCIA	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Causa	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	NO CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
97	APOYO DIAGNOSTICO / BANCO DE SANGRE	REPUTACIONAL	OMISIÓN O NO VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DE LOS DONANTES POTENCIALES	FALTA DE ADHERENCIA AL MANUAL PARA LA SELECCIÓN DE DONANTES DE SANGRE	PROBABILIDAD DE TRANSMISIÓN DE INFECCIONES POR ACEPTACIÓN DE DONANTE DE SANGRE SIN CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE DONACIÓN	AFECTACIÓN DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL DEMANDAS O PROCESOS LEGALES	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	SOCIALIZACIÓN DE LAS CONDICIONES Y REQUISITOS PARA LA DONACIÓN DE SANGRE A DONANTES POTENCIALES MEDIANTE FOLLETOS Y REDES SOCIALES. QUIEN: AUXILIAR O BACTERIOLOGO PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: CAMPO DILIGENCIADO EN LA ENCUESTA CLINICA DEL DONANTE	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES EN EL MOMENTO DE LA DONACIÓN REALIZANDO FICHAS CLÍNICAS CON EL FIN DE SOPORTAR EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE CADA DONANTE. QUIEN: BACTERIOLOGO PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: REGISTRO EN EL OT-BB-FT-02 FICHA CLÍNICA DEL DONANTE DE SANGRE CON SELLO Y FIRMA DEL PROCEDIMIENTO	MODERADO		
												3	REALIZACIÓN DE ENCUESTAS VERIFICANDO ANTECEDENTES CLÍNICOS MEDIANTE FORMATO ENCUESTA PARA SELECCIÓN DE DONANTES DE SANGRE CON CÓDIGO OT-BB-FT-01 CON EL FIN DE SOPORTAR EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE CADA DONANTE. QUIEN: BACTERIOLOGO PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: ENCUESTA DILIGENCIADA CON SELLO Y FIRMA DEL PROCEDIMIENTO	MODERADO		
												4	AUDITORIA DE ENCUESTAS DE SELECCIÓN DE DONANTES DE SANGRE Y FICHAS CLÍNICAS. QUIEN: BACTERIOLOGO PAR COORDINADOR DE CALIDAD Y DIRECTOR DE BANCO DE SANGRE PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: FIRMA Y SELLO DE VERIFICACIÓN SOBRE LA ENCUESTA DILIGENCIADA	MODERADO		
												5	REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE TAMIZAJE INFECCIOSAS INMUNOHEMATOLOGICAS CON EL FIN DE IDENTIFICAR LA VARIABILIDAD DE LA UNIDAD. QUIEN: BACTERIOLOGOS DE CADA AREA PERIODICIDAD: SEMANAL O SEGUN NECESIDAD EVIDENCIA: IMPRESOS DE LOS RESULTADOS	MODERADO		
98	APOYO DIAGNOSTICO / GESTIÓN PRE TRANSFUSIONAL	REPUTACIONAL	OMISIÓN O NO APLICACIÓN DE LOS CORRECTOS DE LA TRANSFUSIÓN	FALTA DE ADHERENCIA AL PAQUETE INSTRUCCIONAL PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS AL MANEJO Y DISPONIBILIDAD DE SANGRE Y HEMO COMPONENTES	PROBABILIDAD DE ENTREGA DE UNIDADES INCOMPATIBLES PARA TRANSFUSIÓN	AFECTACIÓN DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL DEMANDAS O PROCESOS LEGALES	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	SOCIALIZACIÓN DEL PAQUETE INSTRUCCIONAL PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS AL MANEJO Y DISPONIBILIDAD DE SANGRE Y HEMO COMPONENTES A ENFERMERÍA, SERVICIO PRETRANSFUSIONAL Y MÉDICOS. QUIEN: COORDINADOR DE CALIDAD O DIRECTOR DE BANCO DE SANGRE PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: ACTAS DE ASISTENCIA Y POS TEST	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	RONDAS DE VERIFICACIÓN DE TRANSFUSIÓN SEGURA. QUIEN: PERSONAL DE BANCO DE SANGRE PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: LISTAS APLICADA MEDIANTE FORMATO DA-BB-FT-55 "FORMATO DE RONDAS DE SEGURIDAD DE HEMO VIGILANCIA E INFORME" REALIZACIÓN DE PRUEBAS Y REGISTRO EN EL SISTEMA HEMABANK PERIODICIDAD: DIARIO QUIEN: REFERENTE DE BANCO DE SANGRE	MODERADO		
99	APOYO DIAGNOSTICO / GESTIÓN PRE TRANSFUSIONAL	REPUTACIONAL	FALTA DE REALIZACIÓN DE CAMPAÑAS DE DONACIÓN DE SANGRE, INOPORTUNA GESTIÓN DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA CAPTACIÓN Y PROCESAMIENTO DE HEMO COMPONENTES	DISMINUCIÓN DE DONANTES Y/O FALTA DE INSUMOS PARA PROCESAMIENTO Y REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE SG Y SGPT	POSIBILIDAD DE INCUMPLIMIENTO EN LA DISPONIBILIDAD DE HEMO COMPONENTES	DEMANDAS O PROCESOS LEGALES COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD DE SANGRE O SUS COMPONENTES TRATAMIENTO INOPORTUNO	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO Y CONTROL DE STOCK DE HEMO COMPONENTES MEDIANTE FORMATO DE STOCK DE HEMO COMPONENTES. QUIEN: BACTERIOLOGO PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: FORMATO DE STOCK DE HEMOCOMPONENTES	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	GENERACIÓN DE PEDIDOS MENSUALES DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL PROCESAMIENTO DE HEMO COMPONENTES. QUIEN: DIRECTORA DEL BANCO EVIDENCIA: CORREO CON LOS PEDIDOS PERIODICIDAD: MENSUAL O A NECESIDAD	LEVE		
												3	ESTRATEGIAS DE CAPTACIÓN DE POSIBLES DONANTES MEDIANTE CAMPAÑAS O DESPLIEGUE EN REDES SOCIALES. QUIEN: TALENTO HUMANO DE BANCO DE SANGRE Y AREA DE COMUNICACIONES PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: SOLICITUDES DE CAMPAÑAS Y DESPLIEGUES DE COMUNICACIONES	LEVE		



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO:		MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL															
OBJETIVO:		Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el entorno, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución															
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que afectan la institución, para ello se debe tener en cuenta el contexto institucional en el que opera la entidad, los factores internos de cada proceso que conforman su actividad y externos y, finalmente, la relación entre los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos.												VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto si, se logra disminuir la zona de riesgo actual			VALORACIÓN DE CONTROLES: un control se refiere a la medida que permita reducir o mitigar el riesgo. Las responsables de implementar y mantener los controles son los líderes de procesos con el apoyo de su equipo de trabajo.		
REFERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Causa	CAUSA RÍNZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe permitir todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO	
100	APOYO DIAGNOSTICO / HEMOVIGILANCIA	REPUTACIONAL	Incorrecta practica transfusional	Manejo incorrecto de la sangre en cuanto a sus condiciones de almacenamiento	POSIBILIDAD E COMPLICACIONES ASOCIADOS AL MANEJO DE COMPONENTES SANGUINEOS Y TRANSFUSION	DEMANDAS O PROCESOS LEGALES COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD DE SANGRE O SUS COMPONENTES TRATAMIENTO INOPORTUNO			ALTA	MODERADO	ALTA	1	GENERACIÓN DE FORMATO DE ORDEN Y DE CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIEN: MEDICO PERIODICIDAD: CADA VEZ QUE SE SOLICITE UN HEMOCOMPONENTE EVIDENCIA: FORMATO BS-FT-31 SOLICITUD DE RESERVA Y/O TRANSFUSION DE COMPONENTES SANGUINEOS	MODERADO			
												2	RECEPCION Y ENTREGA DE HEMOCOMPONENTES QUIEN: PERSONAL ASISTENCIAL DE BANCO DE SANGRE Y SERVICIO TRANSFUSIONAL PERIODICIDAD: CADA VEZ QUE SE REALIZA ENTREGA DE COMPONENTES EVIDENCIA: FORMATO RECEPCION Y ENTREGA DE MUESTRAS Y COMPONENTES BS-FT-32	LEVE			
												3	CONTROL DE TRANSFUSIONES MEDIANTE FORMATO DONDE SE VERIFICAN LAS CONDICIONES PARA LA TRANSFUSION QUIEN: PERSONAL QUE REALIZA LA TRANSFUSION PERIODICIDAD: CADA VEZ QUE SE REALIZA UNA TRANSFUSION EVIDENCIA: FORMATO DE CONTROL DE TRANSFUSION DT BS-FT-33	LEVE			
												4	RONDAS DE SEGURIDAD PARA REALIZAR BUSQUEDA ACTIVA DE NOVEDADES DE SEGURIDAD RELACIONADAS CON TRANSFUSION QUIEN: PERSONAL DE BANCO DE SANGRE PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: FORMATO DE VERIFICACION HEMOVIGILANCIA Y PAQUETE INSTRUCCIONAL DE BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE GESTION PRETRANSFUSIONAL DT-BS-FT-60	MODERADO			
101	APOYO DIAGNOSTICO / REACTIVO VIGILANCIA	REPUTACIONAL	Fallas en las Condiciones de almacenamiento	Almacenamiento inadecuado Manejo inadecuado de reactivos Fallas en la recepción que generen vencimiento del reactivo	POSIBILIDAD DE DETERIORO DE REACTIVOS POR INADECUADO USO MANEJO O ALMACENAMIENTO DE LOS MISMOS	AFECCIÓN ECONOMICA		USUARIOS PRODUCTOS Y PRACTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	RONDAS DE SEGURIDAD PARA REALIZAR BUSQUEDA ACTIVA DE NOVEDADES DE SEGURIDAD RELACIONADAS CON RIV QUIEN: PERSONAL ASISTENCIAL DE APOYO DIAGNOSTICO Y REFERENTE DEL PROGRAMA DE REACTIVO VIGILANCIA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: FORMATO DE VERIFICACION Y SEGUIMIENTO A REACTIVOS DE DIAGNOSTICO IN VITRO DE LOS SERVICIOS DT BS-FT-61	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
102	APOYO DIAGNOSTICO / REACTIVO VIGILANCIA	REPUTACIONAL	FALLAS EN EL SEGUIMIENTO DE LA RECEPCION DE REACTIVOS	FALLAS EN EL SEGUIMIENTO DE LA RECEPCION DE REACTIVOS	POSIBILIDAD DE RECEPCION Y USO DE REACTIVOS QUE NO CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE CALIDAD ESTABLECIDOS	DEMANDAS O PROCESOS LEGALES APOYO DIAGNOSTICO INOPORTUNO RESULTADOS INCORRECTOS O IMPRECISOS		USUARIOS PRODUCTOS Y PRACTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	RECEPCION TECNICA DE REACTIVOS QUIEN: APOYO ADMINISTRATIVO AL PROCESO DE APOYO DIAGNOSTICO PERIODICIDAD: CADA VEZ QUE LLEGAN LOS REACTIVOS E INSUMOS EVIDENCIA: FORMATO DT-LC-FT-14 KARDEX DE INSUMOS Y/O REACTIVOS RI-AL-FT-03	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
103	QUIRURGICAS	ECONÓMICO	NO DISPONIBILIDAD DE SALA NO DISPONIBILIDAD DE INSUMOS NO DISPONIBILIDAD DE ESPECIALISTAS	FALLAS EN EL SEGUIMIENTO A LA PROGRAMACION DE CIRUGIAS	POSIBILIDAD DE CANCELACION DE CIRUGIAS DEBIDO A CAUSAS INSTITUCIONALES	INSATISFACCION DEL PACIENTE INOPORTUNIDAD PARA EL ACCESO AL PROCESO DE SEGUIMIENTO DISMINUCION EN LA PROGRAMACION DE CIRUGIA		EJECUCION Y ADMINISTRACION DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	PROGRAMACIÓN DE CIRUGIA Y LLAMADA TELEFONICA CON EL FIN DE CONFIRMAR LA CIRUGIA QUIEN: AUXILIAR DE PROGRAMACIÓN PERIODICIDAD: DIARIO (LUNES - A VIERNES) EVIDENCIA: DRIVE DE PROGRAMACIÓN Y DINÁMICA GERENCIAL	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
													2	VERIFICACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN DE CIRUGIAS ENTRE DINAMIA GERENCIAL Y EL DRIVE DE PROGRAMACIÓN QUIEN: COORDINACIÓN DE CIRUGIA PERIODICIDAD: DIARIO (LUNES - A VIERNES) EVIDENCIA: DRIVE DE PROGRAMACIÓN Y DINÁMICA	MODERADO		
													3	VERIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGIA QUIEN: AUXILIAR DE SALA PERIODICIDAD: DIARIO (LUNES - A VIERNES) EVIDENCIA: VERIFICACIÓN REGISTRADA EN DINÁMICA GERENCIAL	MODERADO		



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO: MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

OBJETIVO: Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que pueden afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todas las colaboradoras de la institución

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que influyen no solo en normal en la organización, pero que se debe tener en cuenta el contexto en el que opera la institución, las características de cada proceso que comprende los riesgos y el nivel de riesgo, el análisis de los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos.									VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto si se fuera a materializar la zona de riesgo asociado			VALORACIÓN DE CONTROLES: un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Las responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO/SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Causa	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe ser claro, preciso, los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
104	QUIRURGICAS	REPUTACIONAL	ALTA ROTACIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD	NO ADHERENCIA AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE HIGIENE DE MANOS	POSIBILIDAD DE AUMENTAR LA INCIDENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD	EVENTO ADVERSO AUMENTO DE LA ESTANCIA DEL PACIENTE	USUARIOS PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO		MODERADO	ALTA	1	DISEÑO DE ESTRATEGIAS LUDICOPELAGOGICAS DE SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE HIGIENE DE MANOS PERIODICIDAD: TRIMESTRAL QUIEN REFERENTE DEL SERVICIO EVIDENCIA: INFORME	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	VERIFICACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA ENTRE LOS 30 A 60 MINUTOS QUIEN: PERSONAL DE ENFERMERIA EVIDENCIA: DRIVE DE REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA PERIODICIDAD: A DEMANDA	MODERADO		
												3	REALIZAR LA OBSERVANCIA DE LA APLICACIÓN DE LOS MOMENTOS DE HIGIENE DE MANOS PARA LA MONITORIZACIÓN DEL INDICADOR PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO EN ALMERA QUIEN: REFERENTE DE SALAS DE CIRUGIA	MODERADO		
105	QUIRURGICAS/ESTERILIZACIÓN	REPUTACIONAL	FALTA DE INDICADORES FALLAS RELACIONADAS EN LOS EQUIPOS	FALLAS EN EL SEGUIMIENTO DE LOS INDICADORES BIOLÓGICOS	POSIBILIDAD DE ENTREGA DE SUMINISTRO NO ESTÉRIL (CALIDAD DEL SUMINISTRO)	CANCELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y ATENCIÓN EN PUESTO DE SALUD	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MODERADO	MAYOR	ALTA	1	SEGUIMIENTO A INDICADOR BIOLÓGICO DE VAPOR CON EL FIN DE DEMOSTRAR QUE EL MATERIAL QUE SE ESTE PROCESANDO SE ENCUENTRE ESTÉRIL QUIEN: REFERENTE DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: INFORME MENSUAL DE INDICADORES	MAYOR	MODERADO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO A INDICADOR BIOLÓGICO DE PEROXIDO CON EL FIN DE DEMOSTRAR QUE EL MATERIAL QUE SE ESTE PROCESANDO SE ENCUENTRE ESTÉRIL QUIEN: REFERENTE DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: INFORME MENSUAL DE INDICADORES	MAYOR		
												3	SEGUIMIENTO A INDICADOR DE FUNCIONAMIENTO DE AUTOCLAVE (BOWIE DICK) QUIEN: REFERENTE DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: INFORME MENSUAL DE INDICADORES	MAYOR		
												4	NUEVA CARGA DEL MATERIAL CUANDO EL INDICADOR BIOLÓGICO ES POSITIVO PERIODICIDAD: EN DESVIACIÓN DEL INDICADOR QUIEN: OPERARIO DE ESTERILIZACIÓN EVIDENCIA: FOLIO DE CARGAS	MODERADO		
106	QUIRURGICAS/ESTERILIZACIÓN	REPUTACIONAL	FALLAS EN LAVANDERÍA QUE AFECTAN LA CANTIDAD DE ROPA DE TELA PARA PAQUETES DE ROPA Y ENVOLVEDORES DE EQUIPOS E INSUMOS QUE SE SOLICITAN EN PEDIDOS SEMANALES Y MENSUALES DE MATERIA PRIMA PARA LA PRODUCCIÓN DIARIA DE MATERIAL	FALTA DE STOCK DE INSUMOS, FALTA DE RESPUESTAS Y DAÑOS EN LAVANDERÍA EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PEROXIDO	PROBABILIDAD DE INOPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE SUMINISTRO POR FALTA DE INSUMOS O FALLAS EN LOS EQUIPOS	CANCELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y ATENCIÓN EN PUESTO DE SALUD	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESOS	MODERADO	MODERADO	ALTA	1	SOLICITUD DE INSUMOS PARA LA PRODUCCIÓN EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN A BODEGA PERIODICIDAD: SEMANAL QUIEN: REFERENTE DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN EVIDENCIA: COPIA DEL PEDIDO RADICADO EN BODEGA PARA QUE: CONTAR CON INSUMOS PARA LA REALIZACIÓN DE MATERIAL DE RESERVA	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO DE VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS	MODERADO		
												3	VERIFICACIÓN DE LOS INSUMOS ENTREGADOS POR BODEGA VS LO SOLICITADO QUIEN: REFERENTE DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: CONFIRMACIÓN DE PEDIDO	MODERADO		
107	QUIRURGICAS/ESTERILIZACIÓN	REPUTACIONAL	FALLAS EN LAVANDERÍA QUE AFECTAN LA CANTIDAD DE ROPA DE TELA PARA PAQUETES DE ROPA Y ENVOLVEDORES DE EQUIPOS E INSUMOS QUE SE SOLICITAN EN PEDIDOS SEMANALES Y MENSUALES DE MATERIA PRIMA PARA LA PRODUCCIÓN DIARIA DE MATERIAL	FALTA DE STOCK DE INSUMOS, FALTA DE RESPUESTAS Y DAÑOS EN LAVANDERÍA EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PEROXIDO	PROBABILIDAD DE INOPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE SUMINISTRO POR FALTA DE ROPA PARA PAQUETES Y ACCESORIOS	CANCELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y ATENCIÓN EN PUESTO DE SALUD	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESOS	MODERADO	MODERADO	ALTA	1	VERIFICACIÓN DE ROPA ENTREGADA DIARIAMENTE POR LAVANDERÍA A CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN MEDIANTE FORMATO "SEGUIMIENTO ENTREGA DE ROPA A CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN" QUIEN: REFERENTE DE ESTERILIZACIÓN PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: FORMATO DE ROPA ENTREGADA	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	VERIFICACIÓN DE ENTREGA DE ROPA ESTÉRIL A CIRUGIA MEDIANTE FORMATO "SEGUIMIENTO ENTREGA DE ROPA A CIRUGIA" QUIEN: REFERENTE DE ESTERILIZACIÓN PERIODICIDAD: MENSUAL PARA QUE: PODER LLEVAR EL CONTROL DE ROPA ENTREGADA A LAVANDERÍA EVIDENCIA: FORMATO "SEGUIMIENTO ENTREGA DE ROPA A CIRUGIA"	MODERADO		



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO:		MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL															
OBJETIVO:		"Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución"															
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que existen en la institución, en función de la organización, para poder prevenirlos en el evento de conflicto institucional en el que opera la entidad. La identificación del riesgo consiste en determinar los factores que intervienen en la ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impactos. El análisis de riesgo se realiza a través de matrices y se debe tener en cuenta los factores que intervienen en la ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impactos.										VALORACIÓN DEL RIESGO: El grado del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impactos, se busca determinar la zona de riesgo final.			VALORACIÓN DE CONTROLES: Un control es una acción o medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Los departamentos de administración y monitoreo los riesgos son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO/SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Causa	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGÍA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO	
108	HOSPITALIZACIÓN	ECONÓMICO	Combinación de factores como carencia de controles en el proceso, Programación errónea de talento humano, inadecuadas políticas de operación, relaciones con la infraestructura y tecnología, que pueden ocasionar la cancelación del procedimiento quirúrgico	INTERIORES 1.1 Errores administrativos relacionados con la identificación del paciente, códigos y clasificación del procedimiento, consentimiento informado, diligenciamiento y/o registro de la información, etc. 1.2 Falta en la programación del talento humano 1.3 Delincuencia con la capacidad instalada para la ejecución de los procedimientos quirúrgicos	POSIBILIDAD DE ESTANCIA INACTIVAS POR INOPORTUNIDAD EN LA PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE INTERCONSULTA AL ÁREA QUIRÚRGICA	INCONFORMIDAD DEL PACIENTE AUMENTO DE COSTOS POR ESTANCIA PROLONGADA	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	BAJA A LA	MODERADO	ALTA	1	REGISTRAR EN LA HISTORIA CLÍNICA LAS INDICACIONES MÉDICAS PREVISTAS PARA EL PROCEDIMIENTO (FECHA HORA) EVIDENCIA: MATRIZ DE PASO A CIRUGÍA PERIODICIDAD: MENSUAL	MODERADO	MODERADO	REDUCIR	
												2	REVISIÓN DE LA OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN SU ESTANCIA HOSPITALARIA EN CUANTO A INTERCONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS EVIDENCIA: INFORME DE LA OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN PERIODICIDAD: MENSUAL	MODERADO			
109	HOSPITALIZACIÓN	ECONÓMICO	Falta de adherencia a las guías de práctica clínica que genere inoportunidad en la toma de conducta médica	1. Falta de adherencia a las guías de práctica clínica que genere inoportunidad en la toma de conducta médica. 2. Desconocimiento de los procedimientos y prácticas institucionales. 3. Inadecuada interpretación de apoyo diagnóstico	POSIBILIDAD DE REINGRESOS MENORES DE 15 DÍAS POR FACTOR ASOCIADO A PERTINENCIA MÉDICA	AUMENTO DE INFECCIONES ISO	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESOS	BAJA A LA	MAIOR	ALTA	1	AUDITORIA DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA QUE EN AUDITORIA DE CALIDAD (QPC) CUANDO TRIMESTRALMENTE PARA QUE AUDITAR Y SOCIALIZAR TRIMESTRALMENTE EL RESULTADO DE LAS AUDITORIAS DE ADHERENCIA PARA INTERVENIR LAS DESVIACIONES ENCONTRADAS CON EL PERSONAL MÉDICO COMO A TRAVÉS DE LA AUDITORIA DE CALIDAD DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	MAIOR	MODERADO	REDUCIR	
												2	ANÁLISIS DE REINGRESOS MENORES DE 15 DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN QUE EN LÍDER DE APOYO COORDINACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN CUANDO MENSUALMENTE PARA QUE ANALIZAR Y SOCIALIZAR TRIMESTRALMENTE EL RESULTADO DE LAS AUDITORIAS DE ADHERENCIA PARA INTERVENIR LAS DESVIACIONES ENCONTRADAS CON EL PERSONAL MÉDICO INFORME DE INGRESAR COMO A TRAVÉS DEL SEGUIMIENTO DE REINGRESOS	MODERADO			
110	HOSPITALIZACIÓN	REPUTACIONAL	ALTA ROTACIÓN DEL TALENTO HUMANO EN SALUD	NO ADHERENCIA AL PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE HIGIENE DE MANOS	POSIBILIDAD DE AUMENTAR LA INCIDENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD	AUMENTO DE LA TASA DE INFECCIONES	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	BAJA A LA	MODERADO	ALTA	1	DISEÑO DE ESTRATEGIAS LUDICOPEDAGÓGICAS DE SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE HIGIENE DE MANOS PERIODICIDAD: MENSUAL QUE EN REFERENTE DEL SERVICIO EVIDENCIA: INFORME MENSUAL	MODERADO	MODERADO	REDUCIR	
												2	RONDA DE VERIFICACIÓN DE ADHERENCIA AL CORRECTO LAVADO DE MANOS EVIDENCIA: INFORME DE LA RONDA PERIODICIDAD: TRIMESTRAL	MODERADO			
111	HOSPITALIZACIÓN / BANCO DE LECHE	ECONÓMICO	RIESGOS ASOCIADOS AL USO NO CONTROLADO DE LA LECHE DONADA	INADECUADA MANIPULACIÓN DE LA LECHE MATERNA FALLAS EN EL PROCESO DE SELECCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA LECHE	POSIBILIDAD DE INFECCIONES QUE PUEDEN SER TRANSMITIDAS A TRAVÉS DE LA LECHE MATERNA (BACTERIANO, VIRICO, PARASITARIO Y PRIONICO)	EVENTOS ADVERSOS EN LOS RECIEN NACIDOS COMO SEPSIS Y ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE DEL RECIEN NACIDO	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MEDIA	BAJA A LA	ALTA	1	ANÁLISIS DE PRUEBAS DE SELECCIÓN Y CLASIFICACIÓN A TRAVÉS DE PRUEBAS BACTERIOLÓGICAS Y CREMATORIOS REALIZADOS QUE EN JEFE O NUTRICIONISTA PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: PLATAFORMA SAMI FORMATO DE LINEAMIENTOS DEL BANCO DE LECHE	BAJA A LA	MODERADO	REDUCIR	
												2	ANÁLISIS DE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS REALIZADAS QUE EN JEFE O NUTRICIONISTA O MÉDICO DEL BANCO DE LECHE PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: REPORTE EN SAMI (SISTEMA DE ACOMPAÑAMIENTO MATERNO INFANTIL)	BAJA A LA			
												3	CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE BANCO DE LECHE EN LINEAMIENTOS DEL BANCO DE LECHE HUMANO QUE EN JEFE DEL SERVICIO GOBERNACIÓN RED IBEROAMERICANA DE BANCOS DE LECHE PERIODICIDAD: ANUAL EVIDENCIA: CERTIFICACIONES	BAJA A LA			
112	HOSPITALIZACIÓN / BANCO DE LECHE	ECONÓMICO	FALLAS EN LA CAPTACIÓN DE DONANTES	DISMINUCIÓN DE DONANTES POR FALTA DE INFORMACIÓN ADECUADA	POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE LECHE MATERNA A LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN POR LA NO DISPONIBILIDAD DE LECHE HUMANA	AUMENTO DE CONSUMO DE FORMULAS LACTEAS A LOS RECIEN NACIDOS AL NO TENER DISPONIBILIDAD DE TENER LECHE PASTEURIZADA OCASIONANDO EVENTOS SECUNDARIOS EN LOS RECIEN NACIDOS	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MEDIA	MODERADO	MODERADO	1	REALIZAR CONSULTERÍA EN LACTANCIA MATERNA DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 3280 DEL MINISTERIO DE SALUD A TODA LACTANTES NIÑOS Y NIÑAS EN PROCESO DE LACTANCIA QUE EN JEFE DE BANCO DE LECHE PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: REGISTRO EN EL HISTORIA CLÍNICA EN DINÁMICA	MODERADO	MODERADO	REDUCIR	
												2	ASESORÍAS PERMANENTES POR EL TALENTO HUMANO DE BANCO DE LECHE EN TODOS LOS SERVICIOS DE LA INSTITUCIÓN A MADRES LACTANTES, GESTANTES NIÑOS Y NIÑAS DE LA POBLACIÓN ASISTENTE A LA INSTITUCIÓN QUE EN AUXILIARES DE ENFERMERÍA PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: LIBROS DE ASESORÍA Y NOTAS DE ENFERMERÍA	MODERADO			



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO: MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

OBJETIVO: Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que existen en los procesos de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto en el que opera la entidad, la naturaleza de los procesos que conforman su actividad y, también, el ambiente interno, los recursos humanos y técnicos que pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.									VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias e impacto, se busca determinar la zona de riesgo inicial.			VALORACIÓN DE CONTROL: Los controles se definen como la medida que permita reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de procesos con el apoyo del equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Causa	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
113	HOSPITALIZACIÓN / BANCO DE LECHE	ECONÓMICO	FALTA DE ADHERENCIA AL CUMPLIMIENTO DE LOS LIENAMIENTOS	OMISIÓN O NO VERIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS DE LAS DONANTES POTENCIALES	PROBABILIDAD DE TRANSMISIÓN DE INFECCIONES POR ACEPTACIÓN DE DONANTE DE LECHE HUMANA SIN EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE DONACIÓN	AFECTACIÓN DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL DEMANDAS O PROCESOS LEGALES	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS	PROCESO	Baja	Mayor	Alta	3	RESPUESTA A INTERCONSULTAS ANTE DIFICULTADES DE LACTANCIA MATERNA OBSERVADAS POR LOS ESPECIALISTAS DE LAS UNIDADES QUIEN: JEFE DE BANCO DE LECHE PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: RESPUESTA A INTERCONSULTA POR DINÁMICA	MODERADO		
												1	CONTROL MICROBIOLÓGICO AL EQUIPO HUMANO QUE TIENE RESPONSABILIDADES DIRECTAS SOBRE EL PROCESAMIENTO DE LECHE HUMANA MEDIANTE CERTIFICACIÓN DE CURSO DE MANEJO DE ALIMENTOS QUIEN: PERSONAL DE BANCO DE LECHE PERIODICIDAD: ANUAL EVIDENCIA: CERTIFICACIONES EN MANEJO DE ALIMENTOS	Mayor	Mayor	Reducir
												2	SELECCIÓN PARA VERIFICAR LOS CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO A TRAVÉS DE FICHAS DE DONANTES QUE DEBEN SER REVISADAS POR MÉDICO DE BANCO DE LECHE Y COORDINADOR. PERIODICIDAD: ANUAL EVIDENCIA: FICHAS DE DONANTES APTAS Y NO APTAS PERIODICIDAD: MENSUAL	Mayor		
114	HOSPITALIZACIÓN / UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	ECONÓMICO	CONDICIONES CLÍNICAS DEL PACIENTE	NO ADHERENCIA A PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS EN CUANTO AL USO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS	POSIBILIDAD DE DESARROLLO DE INFECCIONES ASOCIADAS DISPOSITIVOS MÉDICOS	MUERTE O SEPTICEMIA DEL PACIENTE	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS	PROCESO	Baja	Moderado	Alta	1	SOCIALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS RELACIONADOS CON EL USO DE DISPOSITIVOS QUIEN: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA PERIODICIDAD: BIMENSUAL EVIDENCIA: LISTADO DE ASISTENCIA, REGISTRO FOTOGRÁFICO, POS TEST	MODERADO		
												2	APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO CON EL FIN DE MEDIR ADHERENCIA QUIEN: PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: FORMATOS DE LISTAS DE CHEQUEO APLICADAS	Moderado	Moderado	Reducir
												3	REPORTE OPORTUNO Y SEGUIMIENTO POR PARTE DEL EQUIPO DE EPIDEMIOLOGÍA DE LOS CASOS PUNTUALES DE INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS MÉDICOS PRESENTADOS PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: ACTA DE REUNIÓN CON EQUIPO DE EPIDEMIOLOGÍA	Moderado		
115	HOSPITALIZACIÓN / UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	ECONÓMICO	CONDICIONES CLÍNICAS DEL PACIENTE	NO ADHERENCIA A PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS EN	POSIBILIDAD DE PRESENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD	MUERTE O SEPTICEMIA DEL PACIENTE	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS	PROCESO	Baja	Moderado	Alta	1	REPORTE OPORTUNO Y SEGUIMIENTO POR PARTE DEL EQUIPO DE EPIDEMIOLOGÍA DE PRESENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD QUIEN: EQUIPO DE EPIDEMIOLOGÍA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: ACTA REUNIÓN CON EPIDEMIOLOGÍA	MODERADO		
												2	DISEÑO DE ESTRATEGIAS LUDICOPEDAGOGICAS DE SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE HIGIENE DE MANOS PERIODICIDAD: MENSUAL QUIEN: REFERENTE DEL SERVICIO EVIDENCIA: INFORME MENSUAL	Moderado	Moderado	Reducir
												3	REALIZAR LA OBSERVANCIA DE LA APLICACIÓN DE LOS MOMENTOS DE HIGIENE DE MANOS PARA LA MONITORIZACIÓN DEL INDICADOR. PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: FORMULARIO diligenciado QUIEN: OBSERVADORES DESIGNADOS POR EL SERVICIO	Moderado		
116	HOSPITALIZACIÓN / UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	ECONÓMICO	ESTADO HEMODINÁMICO DEL PACIENTE	FRAGILIDAD DE LA PIEL NO REALIZAR CAMBIOS DE POSICIÓN	POSIBILIDAD DE AUMENTO DE LA PRESENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN	EVENTO ADVERSO AL PACIENTE	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS	PROCESO	Baja	Moderado	Alta	1	VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN AL INGRESO DEL PACIENTE	MODERADO		
												2	APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: LISTAS DE CHEQUEO APLICADAS	Moderado	Moderado	Reducir
												3	CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: ACTA DE REUNIÓN LISTA DE ASISTENCIA Y POSTES	Moderado		



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO:

MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

OBJETIVO:

Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Manifestar los riesgos que afectan o pueden afectar a la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto interno en el que opera la entidad, la caracterización de esas situaciones considerando su alcance y también el análisis frente a las fortalezas inherentes y externas que puedan generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.

VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impactos, se hacen determinaciones sobre su riesgo actual.

VALORACIÓN DE CONTROLES: un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Las requerimientos de documental y monitorear los resultados con los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.

REFERENCIA	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Causa	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	Nº CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
117	GESTIÓN FINANCIERA / CONTRATACIÓN	ECONÓMICO	FALTA DE PLANEACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE ESTUDIOS PREVIOS	FALLAS EN LA COORDINACIÓN ENTRE CONTRATACIÓN Y COMPRAS	POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD EN LA CONTRATACIÓN DE BIENES O SERVICIOS POR DEMORA EN LA ENTREGA DE ESTUDIOS PREVIOS	Interrupción en la operación del hospital Retrasos en la atención a los pacientes	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MAYOR	ALTA	1	SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS EN COMITÉ DE GERENCIA Y COMITÉ DE COMPRAS QUIEN REFERENTE COMPRAS Y CONTRATACIÓN PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA ACTAS DE COMITÉ COMO MEDIANTE EL ESTABLECIMIENTO DE COMPROMISOS PARA LA ENTREGA DE ESTUDIOS PREVIOS	MAYOR	ALTA	REDUCIR
118	GESTIÓN FINANCIERA / CONTRATACIÓN	ECONÓMICO	DESCONOCIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE CONTRATACIÓN	FALLAS EN LA REVISIÓN DE REQUISITOS EN LA CONTRATACIÓN DE BIENES O SERVICIOS	POSIBILIDAD DE MULTAS/SANCIONES ECONÓMICAS POR INCUMPLIMIENTO DE REQUISITOS EN LA CONTRATACIÓN DE BIENES O SERVICIOS	Impacto en la sostenibilidad financiera Demoras y obstáculos operativos Impacto económico	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MAYOR	ALTA	1	REVISIÓN DE EXPEDIENTES EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL QUIEN: CONTRATISTA ENCARGADO DE ELABORACIÓN DE MINUTA PERIODICIDAD: DIARIAMENTE EVIDENCIA: CORREO ELECTRÓNICO CON OBSERVACIONES Y REQUERIMIENTOS COMO: VERIFICACIÓN TÉCNICA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS (NORMATIVIDAD, MONTO, PLAZO DE EJECUCIÓN, FORMA DE PAGO, OBJETO A CONTRATAR, REVISIÓN DE PÓLIZAS)	MAYOR	MODERADO	REDUCIR
												2	REVISIÓN DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS POR CONTRATISTAS QUIEN: REFERENTE Y COORDINADOR DE CONTRATACIÓN PERIODICIDAD: DIARIAMENTE EVIDENCIA: CORREO ELECTRÓNICO CON OBSERVACIONES Y REQUERIMIENTOS PARA QUE: EVITAR SANCIONES LEGALES ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS POR INCUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD CONTRACTUAL	MAYOR		
												3	REVISIÓN DE EXPEDIENTES EN LA ETAPA CONTRACTUAL QUIEN: REFERENTE Y COORDINADOR DE CONTRATACIÓN PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: CORREO ELECTRÓNICO CON OBSERVACIONES Y REQUERIMIENTOS PARA QUE: ENCONTRAR ERRORES QUE DE HAYAN COMITIDO EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO	MAYOR		
												4	REVISIÓN DE EXPEDIENTES EN LA ETAPA POSTCONTRACTUAL QUIEN: REFERENTE Y COORDINADOR DE CONTRATACIÓN PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: CORREO ELECTRÓNICO CON OBSERVACIONES Y REQUERIMIENTOS PARA QUE: SUBSANAR ERRORES EN ETAPAS PREVIAS	MODERADO		
119	GESTIÓN FINANCIERA / CONTRATACIÓN	ECONÓMICO	FALTA DE PLANEACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA INFORMACIÓN REPORTADA	FALLAS EN EL CARGUE DE INFORMACIÓN	PROBABILIDAD DE SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO EN EL CARGUE DE LA INFORMACIÓN EN LA PLATAFORMA SA OBSERVA	Sanciones legales y financieras Sanciones legales y financieras	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MAYOR	ALTA	1	SEGUIMIENTO AL CARGUE DE LA INFORMACIÓN EN LA PLATAFORMA SA OBSERVA CUANDO: MENSUAL QUIEN: PERSONAL DE CONTRATACIÓN EVIDENCIA: PANTALLAZOS DEL CARGUE	MAYOR	ALTA	REDUCIR
120	GESTIÓN FINANCIERA / AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS - GLOSAS	ECONÓMICO	1 Recepción masiva de glosas o devoluciones. 2 Por la dinámica del sistema, las ERP y otras entidades notifican glosas y devoluciones por diferentes medios de comunicación: Correo electrónico, páginas web y medio físico, la ESE no cuenta con tecnología para su procesamiento de forma ágil por lo que se recurre a la idoneidad del personal contratado	Por la dinámica del sistema, las ERP y otras entidades notifican glosas y devoluciones por diferentes medios de comunicación: Correo electrónico, páginas web y medio físico, la ESE no cuenta con tecnología para su procesamiento de forma ágil por lo que se recurre a la idoneidad del personal contratado	POSIBILIDAD DE SUBREGISTRO EN LAS GLOSAS Y DEVOLUCIONES RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ, SIN EL PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS, RECEPCIÓN, REGISTRO EN DINÁMICA GERENCIAL, TRÁMITE DE RESPUESTA	Riesgo en la información Debilidades en las actividades de control y no permitirse la trazabilidad de forma eficiente	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MENOR	MODERADO	1	VERIFICACIÓN, RECEPCIÓN, REGISTRO EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LAS GLOSAS Y DEVOLUCIONES RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ QUIEN: TÉCNICOS ÁREA GLOSAS PERIODICIDAD: MENSUAL MEDIO DE VERIFICACIÓN: CRUCE DE INFORMACIÓN ENTRE EL INFORME DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES RECIBIDAS CONTRA EL INFORME DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES RATIFICADAS RESPONDIDAS	MEJOR	MODERADO	REDUCIR
												2	VERIFICACIÓN EN CRUCES CONJUNTOS CON EL ÁREA DE CARTERA LAS GLOSAS O DEVOLUCIONES PENDIENTES DE EMITIR A RESPUESTA PERIODICIDAD: MENSUAL QUIEN: GLOSAS Y CARTERA MEDIO DE VERIFICACIÓN: ACTA CONJUNTA CON EL ÁREA DE CARTERA	MEJOR		
												1	VERIFICACIÓN, RECEPCIÓN, REGISTRO EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL O EN LAS HERRAMIENTAS OFIMÁTICAS ESTABLECIDAS PARA ESTE FIN DE LAS GLOSAS Y DEVOLUCIONES RATIFICADAS MEDIO DE VERIFICACIÓN: CRUCE DE INFORMACIÓN ENTRE EL INFORME DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES RATIFICADAS RECIBIDAS CONTRA EL INFORME DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES RATIFICADAS RESPONDIDAS	MODERADO		



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO:		MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL																		
OBJETIVO:		"Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución"																		
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos de la institución, para ello se deben tener en cuenta el contexto y las actividades de la institución, la descripción de los riesgos que surgen de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución.													VALORACIÓN DEL RIESGO: A partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias, o impacto y, se busca determinar la zona de riesgo inicial				VALORACIÓN DE CONTROLES: Un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles, son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.			
REFERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Como	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debo ser tener todos los detalles que sean necesarios y que son fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO				
121	GESTIÓN FINANCIERA / AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS - GLOSAS	ECONÓMICO	Recepción masiva de glosas o devoluciones	Por la dinámica del sistema, las ERP y otros entornos no tienen glosas y devoluciones por diferentes medios de comunicación, Correo electrónico, pagina web y medio físico, lo cual no cuenta con tecnología para su procesamiento de forma ágil por lo que se recurre a la diligencia del personal administrativo	POSIBILIDAD DE SUBREGISTRO EN LAS GLOSAS Y DEVOLUCIONES RATIFICADAS, YA QUE DINÁMICA GERENCIAL NO PERMITE REINCORPORAR ESTA GLOSA POR LO QUE ES NECESARIO LLEVAR ARCHIVOS EN HERRAMIENTAS OFIMÁTICAS	Riesgo en la información. Debilidades en las actividades de control y no permitiendo la trazabilidad de forma eficiente	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	2	VERIFICACIÓN EN CRUCES CONJUNTOS CON EL ÁREA DE CARTERA LAS GLOSAS O DEVOLUCIONES PENDIENTES DE EMITIR A RESPUESTA PERIODICIDAD: MENSUAL QUIEN: GLOSAS Y CARTERA PARA QUE: REALIZAR EL DEBIDO PROCESO DE RESPUESTA A LAS GLOSAS MEDIO DE VERIFICACIÓN: ACTA CONJUNTA CON EL ÁREA DE CARTERA	MODERADO	MODERADO	REDUCIR				
												3	VERIFICACIÓN DE LA RESPUESTA INICIALMENTE EMITIDA, CON EL FIN DE IDENTIFICAR POSIBLES FALLAS EN LAS RESPUESTAS, QUIEN: TÉCNICO ENCARGADO DE GLOSAS POSTERIOR VERIFICACIÓN DEL REFERENTE DEL PROCESO PERIODICIDAD: A MEDIDA QUE ES NOTIFICADA LA RATIFICACIÓN	Mayor						
												4	CAPACITACIONES SOBRE PROCESOS DEL ÁREA ENFOCADAS EN GARANTIZAR EL DEBIDO REGISTRO DE LAS GLOSAS RECIBIDAS Y RESPONDIDAS PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: SOPORTE DE LAS CAPACITACIONES AMBITORIA DE CUENTAS MEDICAS - GLOSAS Y JURIDICA DE LA ESE	MODERADO						
122	GESTIÓN FINANCIERA / AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS - GLOSAS	ECONÓMICO	Ausencia de gestión de cartera jurídica	Políticas dilatorias de pago por parte de las aseguradoras. Ausencia de gestión de cartera jurídica	POSIBILIDAD DE SUB REGISTRO DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES NOTIFICADAS COMO PRESUNTA PRESCRIPCIÓN POR LAS ASEGURADORAS	Dilación de los pagos	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	VERIFICACIÓN, LOS SALDOS DE FACTURAS PENDIENTES POR CANCELAR POR PARTE DE LAS ASEGURADORAS MEDIO DE VERIFICACIÓN: PROCESO DE CRUCES DE INFORMACIÓN ENTRE LA CARTERA ENVIADA POR LAS ASEGURADORAS CONTRA LAS RESPUESTAS EMITIDAS POR LA ESE	MODERADO	MODERADO	COMPARTIR				
123	GESTIÓN FINANCIERA / CARTERA	ECONÓMICO	1. Liquidación inoperante de entidades 2. Inoperancia de respuestas por parte de las Entidades responsables de pago	Falta o fallos en el cobro continuo a las Entidades responsables de pago y otras entidades	POSIBILIDAD DE PERCIBIR AGREBOS INFERIORES A LOS PROYECTADOS	Dificultad para cumplir con las obligaciones financieras. Reducción de servicios y recursos. Dificultades para mantener infraestructura y equipamiento	FRAUDE EXTERNO	PROCESO		MODERADO	ALTA	1	PROYECCIÓN DE OFICIO DE COBRO A EAPB'S SOLICITANDO EL PAGO TOTAL DE LA CARTERA QUIEN: PROFESIONAL DE CARTERA PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: OFICIO RADICADO A EAPB Y OTRAS CON RECIBIDO PARA QUE: PARA LA OBTENCIÓN DEL RECAUDO ESPERADO POR PARTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO Y OTRAS ENTIDADES	MODERADO	MODERADO	REDUCIR				
												2	CONCILIACIONES CONTABLES A TRAVÉS DEL CRUCE DE INFORMACIÓN VALIDANDO EL ESTADO ACTUAL DE CADA UNA DE LAS FACTURAS ADEUDADAS POR LAS DISTINTAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO Y OTRAS ENTIDADES QUIEN: APOYOS ADMINISTRATIVOS DE CARTERA PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: RESULTADOS DE CRUCES Y ACTAS DE CONCILIACIÓN	MODERADO						
												3	SEGUIMIENTO AL RECAUDO EN LOS COMITÉS FINANCIERO Y DE GERENCIA CON EL FIN DE IDENTIFICAR SI LO RECAUDADO COINCIDE CON LO PROYECTADO Y SE ESTABLECEN ESTRATEGIAS PARA CONTINUIDAD DEL PROCESO DE RECAUDO QUIEN: GERENCIA, SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA, PROCESO FINANCIERA PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: ACTA DE COMITÉ	MODERADO						
124	GESTIÓN FINANCIERA / PRESUPUESTO	ECONÓMICO	NO ESTABLECER EL PRESUPUESTO DENTRO DE LOS TÉRMINOS DE LEY	FALTA DE PLANEACION COMO BASE PARA EL PRESUPUESTO INICIAL	POSIBILIDAD DE AFECTACIÓN DISCIPLINARIA FISCAL POR NO CONTAR CON UN PRESUPUESTO APROBADO PARA SU EJECUCIÓN	Sentencias legales y fiscales. Suspensión de financiamiento o contratos	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	BAJA	MAYOR	ALTA	1	COORDINACIÓN CON SECRETARÍA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO Y DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO FINANCIERO DAF Y SECRETARÍA DE HACIENDA CONFISC PARA FINANCIAR PRESUPUESTALMENTE LA OPERACIÓN DE LA ESE QUIEN: REFERENTE DE PRESUPUESTO PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: EJECUCIÓN PRESUPUESTALES PARA QUE: PARA FINANCIAR PRESUPUESTALMENTE LA OPERACIÓN DE LA ESE	Mayor	ALTA	REDUCIR				
												2	PROYECCIÓN DE RECAUDOS DE ACUERDO A COMPORTAMIENTO QUIEN: REFERENTE DE PRESUPUESTO PERIODICIDAD: CADA VEZ QUE SE IDENTIFIQUE SALDOS INEFICIENTES DE APROPIACIÓN PRESUPUESTAL EVIDENCIA: ACUERDO APROBADO POR JUNTA DIRECTIVA PARA QUE: TENER SALDO DE APROPIACIÓN DISPONIBLE	Mayor						



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO: MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

OBJETIVO: Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución.

IDENTIFICACION DEL RIESGO: Identificar los riesgos que existen o se esperan en la organización, por lo tanto, se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el cual opera la entidad. En este momento de cada proceso que conforma los riesgos se debe tener en cuenta los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.										VALORACION DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto a la institución determinar la zona de riesgo actual.			VALORACION DE CONTROLES: Un control se define como la medida que pretende reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de procesos con el apoyo de su equipo de trabajo.			
REFERENCIA	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Como	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TOPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
126	GESTIÓN FINANCIERA / PRESUPUESTO	ECONÓMICO	LOS GASTOS SUPERAN LOS INGRESOS	FALTA DE SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LOS INGRESOS TOTALES	POSIBILIDAD DE DESGLOSE PRESUPUESTAL DE INGRESOS VS GASTOS	Problemas de liquidez Reducción en la calidad del servicio	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MAJOR	ALTA	1	SEGUIMIENTO DEL COMPORTAMIENTO DE LOS INGRESOS TOTALES RECAUDADOS FRENTE A LOS GASTOS COMPROMETIDOS POR LA ESE QUIEN REFERENTE DE PRESUPUESTO PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: CUADROS DE EJECUCIÓN	MAJOR	ALTA	REDUCIR
126	GESTIÓN FINANCIERA / COSTOS HOSPITALARIOS	ECONÓMICO	Retrasos forzados en las diferentes actividades para la Obtención del Costo por Centros de Producción o el Costo Unitario Fallas en parametrización de módulos en el Sistema DINÁMICA GERENCIAL NET	FALLAS EN LA DISTRIBUCIÓN DE COSTOS	POSIBILIDAD DE DISTRIBUIR COSTOS OPERACIONALES Y GASTOS ADMINISTRATIVOS INCORRECTOS	Que no pueda medir con eficacia los costos operacionales de las unidades funcionales operativas asistenciales	USUARIOS FUNCIONALES Y PRÁCTICAS	PROCESO	MODERADA	MENOR	ALTA	1	DISTRIBUCIÓN DE COSTOS MEDIANTE LIBROS AUXILIARES ENTREGADOS POR LOS CENTROS PRODUCTORES DE INFORMACIÓN QUIEN REFERENTE DE COSTOS PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: INFORME DE RENTABILIDAD OPERACIONAL	MENOR	MODERADO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO DE COSTOS OPERACIONALES, GASTOS ADMINISTRATIVOS, VENTAS DE SERVICIOS Y UTILIDADES OPERACIONES QUIEN INTEGRANTE: COMITÉ CIRCULAR USO Y COMITÉ FINANCIERO PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: INFORME CIRCULAR USO SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA	MENOR		
127	GESTIÓN FINANCIERA / COSTOS HOSPITALARIOS	ECONÓMICO	Error en la generación de los costos institucionales	Información oportuna, adecuada, oportuna sumatoria para realizar el análisis de viabilidad operacional	POSIBILIDAD DE GENERAR ANÁLISIS DE VIABILIDAD OPERACIONAL INCORRECTOS EN LA RENTABILIDAD DE NUEVOS SERVICIOS	El nuevo servicio no puede generar la utilidad esperada	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MEDIA	MODERADO	MODERADO	1	ANÁLISIS DE RENTABILIDAD OPERACIONAL POR CENTRO DE PRODUCCIÓN QUIEN REFERENTE DE COSTOS PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: INFORME DE CRE 10 2193 AL MINISTERIO DE SALUD	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO A ANÁLISIS DE RENTABILIDAD OPERACIONAL QUIEN INTEGRANTES: COMITÉ CIRCULAR USO Y COMITÉ FINANCIERO PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: INFORME DE RENTABILIDAD	MODERADO		
128	GESTIÓN FINANCIERA / FACTURACIÓN	ECONÓMICO	FALTA DE CONOCIMIENTO	FALLAS EN EL SEGUIMIENTO A LA RADICACIÓN	POSIBILIDAD DE INSTRUCCIÓN DE RADICACIÓN EN LA INSTITUCIÓN	DISMINUCIÓN EN EL GIRO DIRECTO	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MODERADA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO A LA RADICACIÓN QUIEN PERSONAL DE FACTURACIÓN PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: INFORME DE RADICACIÓN	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
129	GESTIÓN FINANCIERA / FACTURACIÓN	ECONÓMICO	FALTA DE CONOCIMIENTO	FALTA DE CAPACITACIÓN	POSIBILIDAD DE AUMENTO EN LA GENERACIÓN DE GASTOS DE LA INSTITUCIÓN	AUDITORÍAS O SANCIONES REGULATORIAS IMPACTO FINANCIERO NEGATIVO	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MODERADA	MODERADO	ALTA	1	CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE FACTURACIÓN QUIEN REFERENTE DE FACTURACIÓN PERIODICIDAD: SEMESTRAL CON MEDICIÓN DE ADHERENCIA EVIDENCIA: ACTAS DE CAPACITACIÓN Y TEST REALIZADO	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
130	GESTIÓN FINANCIERA / TESORERÍA	ECONÓMICO	Pago oportuno de las EPS	Radicación oportuna de documentos	POSIBILIDAD DE PAGOS INOPORTUNOS DE LA ESE	FALLAS EN LA GESTIÓN DE PAGOS IMPACTO ECONÓMICO SOBRE LA INSTITUCIÓN	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MEDIA	MODERADO	MODERADO	1	REVISIÓN DE PAGOS GESTIONADOS POR EL ÁREA DE CARTERA DE ACUERDO A LA RELACIÓN DE LOS EXTRACTOS BANCARIOS QUIEN REFERENTE DE CARTERA Y TESORERÍA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: EXTRACTOS BANCARIOS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	EJECUCIÓN DE PAGOS DE ACUERDO A LA PROGRAMACIÓN DE TESORERÍA QUIEN PROFESIONAL DE TESORERÍA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: PLANOS CASH DEL BANCO	MODERADO		
												2	REVISIÓN DE LOS SALDOS DE BANCOS QUIEN REFERENTE DE TESORERÍA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: INFORME DE BANCOS	MODERADO		



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO: MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

OBJETIVO: Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos inherentes o derivados de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto externo en el que opera la entidad, las manifestaciones de cada proceso que conforma su actividad y acciones y acciones de mitigación de los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.									VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, se debe determinar la zona de riesgo inicial			VALORACIÓN DE CONTROLES: un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de procesos con el apoyo de su equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Como	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGÍA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
131	GESTIÓN FINANCIERA / CONTABILIDAD	ECONÓMICO	SOPORTES CONTABLES SIN EL LLENO DE REQUISITOS POR PARTE DE LOS SUPERVISORES DE LOS CONTRATOS	REGISTRO ERRÓNEO DE LA INFORMACIÓN CONTABLE FINANCIERA	POSIBILIDAD DE GENERAR ESTADOS FINANCIEROS QUE NO CUMPLAN CON LOS PRINCIPIOS CONTABLES DE VERACIDAD EFICIENCIA Y EFICACIA	ERRORES EN LA CAUSACIÓN Y PAGO DE FACTURAS	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESOS	Baja	MODERADO	ALTA	1	VERIFICACIÓN POR MEDIO DE LAS ORDENES DE PAGOS Y COMPROBANTES DE INGRESO DE LA CAUSACIÓN DE CUENTAS POR PAGAR QUIEN: APOYO PROFESIONAL DE CONTABILIDAD PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: NOTAS CONTABLES	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	CONCILIACIONES A LAS DIFERENTES ÁREAS FINANCIERAS QUE ALIMENTAN CON INFORMACIÓN EL PROCESO CONTABLE SEGUN LA RESOLUCIÓN 193 DE 2016 - CON CONTROL INTERNO CONTABLE QUIEN: APOYO PROFESIONAL DE CONTABILIDAD PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: ACTAS DE CONCILIACIÓN	MODERADO		
												3	REALIZACIÓN DE BALANCES DE PRUEBA CON EL FIN DE REVISAR SI LOS REGISTROS QUE SE REALIZAN EN DINAMICAS FINANCIERA ESTÁN CAUSADOS EN LA CUENTA QUE LE CORRESPONDE QUIEN: CONTADOR Y APOYO PROFESIONAL DE CONTABILIDAD PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: NOTAS CONTABLES	MODERADO		
												4	CRUCE DE INFORMACIÓN FINANCIERA ENTRE LAS ÁREAS DE FACTURACIÓN CARTERA, AUDITORIA DE CUENTAS MERCADERO PRESUPUESTO, COSTOS PARA EL ENVÍO DE LOS REPORTE DE 2193 (SIHO) A LOS ENTES DE CONTROL QUIEN: REPRESENTANTES DE LAS ÁREAS PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: ACTA DE CARGO Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN CARGADA EN EL APLICATIVO	MODERADO		
132	GESTIÓN FINANCIERA / CONTABILIDAD	ECONÓMICO	FALLAS EN LA PLANEACIÓN PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN	FALLAS EN LA PLANEACIÓN PARA LA ENTREGA DE INFORMACIÓN	PROBABILIDAD DE MULTAS Y/O SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO EN LA PRESENTACIÓN DE INFORMES TRIBUTARIOS	IMPACTO LEGAL Y ECONÓMICO	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	Baja	MODERADO	ALTA	1	VERIFICACIÓN DE ENTREGA OPORTUNA DE INFORMACIÓN EN LA PLATAFORMA DIAN (FORMACIÓN EXÓGENA, DECLARACIÓN DE RENTA Y RENDICIONES) QUIEN: CONTADOR EVIDENCIA: PANTALLAZOS DE ENTREGA A LA DIAN PERIODICIDAD: MENSUAL Y ANUAL	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
133	GESTIÓN FINANCIERA / COMPRAS	ECONÓMICO	FALLAS EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS POR EL SERVIDOR O EL ÁREA QUE LO REQUERA	FALLAS EN EL ESTUDIO DE MERCADO DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LOS DIFERENTES PROCESOS DE LA ESE	POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS POR FALLAS EN EL PROCESO	FALLAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AFECTACIÓN LEGAL	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	Baja	MODERADO	ALTA	1	PROYECCIÓN DEL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES DE LA VIGENCIA QUIEN: PROFESIONAL DE COMPRAS PERIODICIDAD: ANUAL EVIDENCIA: ACUERDO QUE CONTIENE EL PLAN EL CUAL ES APROBADO POR JUNTA DIRECTIVA	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	ESTUDIO DE MERCADO DE ACUERDO A NECESIDADES ALIGADAS POR LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA ESE QUIEN: PROFESIONAL DE COMPRAS PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: GF-C8-FT-01 V01 FORMATO MATRIZ SEGUIMIENTO COMPRAS	MODERADO		
												3	SELECCIÓN DEL PROVEEDOR QUE CUMPLA CON LO REQUERIDO EN EL ESTUDIO PREVIO DE NECESIDADES Y VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS QUIEN: PROFESIONAL DE COMPRAS PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: ESTUDIO PREVIO CON LA SELECCIÓN DEL PROVEEDOR Y REGISTRO EN FORMATO LISTA DE DOCUMENTOS CONTRATACIÓN DIRECTA DE BIENES Y SERVICIOS	MODERADO		



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO:		MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL														
OBJETIVO:		Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que pueden afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución														
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que afectan o que impactan el cumplimiento de la organización, basados en la identificación de los factores de riesgo en la institución, la caracterización de cada proceso que comprende los objetivos y acciones y finalmente el análisis de los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos.									VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, se busca determinar la zona de riesgo actual.			VALORACIÓN DE CONTROLES: un control es definido como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Las responsabilidades de implementar y monitorear los controles, con los líderes de procesos con el apoyo de su equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Causa	CAUSA RAIZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe monitorear todos los detalles que sean necesarios y que son fáciles de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
134	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / ALMACÉN	ECONÓMICO	NO APLICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS	FALTA DE SEGUIMIENTO A LOS INVENTARIOS	POSIBILIDAD DE DETRIMENTO PATRIMONIAL PROCESOS DISCIPLINARIOS POR VENCIMIENTO DE PRODUCTOS E INSUMOS	DETRIMENTO PATRIMONIAL PROCESOS DISCIPLINARIOS AFECTACION ECONOMICA	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	RECEPCIÓN TÉCNICA DE LOS PRODUCTOS E INSUMOS VERIFICANDO QUE LA FECHA DE VENCIMIENTO SEA MAYOR A UN AÑO QUIEN: AUXILIAR DE BODEGA PERIODICIDAD: CADA QUE LLEGAN LOS PEDIDOS EVIDENCIA: ACTAS DE RECEPCIÓN TÉCNICA ADMINISTRATIVA DE PRODUCTOS CON FECHA DE VENCIMIENTO	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SEMAFORIZACIÓN DE PRODUCTOS Y MANEJO DE INVENTARIOS SEGUN LA METODOLOGÍA FEPO (PRIMERO EN VENCER PRIMERO EN SALIR) PARA LOS INSUMOS Y PRODUCTOS QUIEN: AUXILIAR DE BODEGA EVIDENCIA: ORDENES DE DESPACHO CON DESCRIPCION Y RELACION DE FECHAS DE VENCIMIENTO	MODERADO		
												3	PRUEBAS ALEATORIAS CON EL FIN DE DETECTAR DESVIACIONES QUIEN: AUXILIAR DE BODEGA, O AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ALMACÉN PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: FORMATO DE PRUEBAS ALEATORIAS PARA QUE: DETECTAR DESVIACIONES DEL CONTROL DE LOS INVENTARIOS	MODERADO		
135	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / ALMACÉN	ECONÓMICO	NO ADHERENCIA A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN EL ALMACÉN	NO APLICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS INADECUADO MANEJO DE LOS INVENTARIOS	POSIBILIDAD DE AFECTACIÓN ECONOMICA POR LA EXISTENCIA DE FALTANTES EN LOS INVENTARIOS	AFECTACIÓN ECONOMICA DETRIMENTO PATRIMONIAL PROCESOS DISCIPLINARIOS	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	VERIFICACIÓN DE LAS CANTIDADES FÍSICAS DE INSUMOS Y PRODUCTOS QUE INGRESAN AL ALMACÉN QUIEN: AUXILIAR DE BODEGA, O AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ALMACÉN PERIÓDICA: CADA QUE LLEGA UN PEDIDO PARA QUE: VERIFICAR LAS CANTIDADES FÍSICAS DE INSUMOS INGRESADOS EVIDENCIA: ACTAS DE RECEPCIÓN ADMINISTRATIVA	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	VALIDACIÓN EN EL DESPACHO DE INSUMOS A PROCESOS Y SERVICIOS MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO "DESPACHO DE INSUMOS Y PRODUCTOS" QUIEN: AUXILIAR DE BODEGA O AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ALMACÉN PERIODICIDAD: CADA QUE SE ENTREGA UN PEDIDO PARA QUE: VERIFICAR LAS CANTIDADES DE PRODUCTOS E INSUMOS DESPACHADAS	MODERADO		
												3	PRUEBAS ALEATORIAS CON EL FIN DE DETECTAR DESVIACIONES QUIEN: AUXILIAR DE BODEGA, O AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ALMACÉN PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: FORMATO DE PRUEBAS ALEATORIAS PARA QUE: DETECTAR DESVIACIONES EL CONTROL DE LOS INVENTARIOS	MODERADO		
												4	PRUEBAS SELECTIVAS CON EL FIN DE DETECTAR DESVIACIONES QUIEN: OFICINA DE CONTROL INTERNO PERIODICIDAD: ALEATORIO PARA QUE: DETECTAR DESVIACIONES EN EL INVENTARIO DEL ALMACÉN EVIDENCIA: INFORME DE RESULTADOS DE LA SELECTIVA	MODERADO		
												5	TOMA FÍSICA DE INVENTARIO QUIEN: COMITÉ DE INVENTARIOS QUIEN DESIGNA UNA MESA DE CONTROL PERIODICIDAD: SEMESTRAL PARA QUE: IDENTIFICAR DESVIACIONES EN LOS INVENTARIOS	MODERADO		



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO: MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

OBJETIVO: Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que pueden afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos más relevantes para el control de la seguridad, con el fin de evitar, reducir o eliminar los posibles eventos adversos que ocurren en la institución, la evaluación de los riesgos de cada proceso que conforma el diagnóstico y monitorear, al mismo tiempo, los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.									VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o respecto a, se busca determinar la zona de riesgo visual			VALORACIÓN DE CONTROLES: un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Las responsabilidades de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Como	CAUSA RAÍZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sean fáciles de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
136	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / ALMACÉN	ECONÓMICO	INOPORTUNIDAD DE RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DE PEDIDO	FALLAS EN LOS CONTROLES DE EXISTENCIAS FÍSICAS DISPONIBLES	POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE INSUMOS Y PRODUCTOS POR DEBAJAESTOCKEAMIENTO	AFECTACIÓN EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESOS	MEDIA	MENOR	MODERADO	1	VERIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN Y EXISTENCIAS DE PRODUCTOS Y MATERIALES QUIEN: REFERENTE DE ALMACÉN PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: MATRIZ DE CONTROL DE CONSUMOS DE INSUMOS Y MATERIAL PARA QUE: PODER ESTABLECER LA ROTACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y DE TERMINAR LAS NECESIDADES DE PEDIDOS	MEJOR	MODERADO	REDUCIR
												2	ESTABLECIMIENTO DE STOCKS MÍNIMOS Y MÁXIMOS DE INSUMOS Y PRODUCTOS PRIORIZADOS POR ALMACÉN QUIEN: REFERENTE DE ALMACÉN PERIODICIDAD: TRIMESTRAL PARA QUE: IDENTIFICAR LAS NECESIDADES DE PEDIDOS	MEJOR		
137	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / BIOMÉDICO	ECONÓMICO	1 FALLAS ALEATORIAS DE LOS EQUIPOS 2 EVENTOS EXTERNOS QUE PUEDEN AFECTAR EL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS	1 FALTA DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS 2 DESCONOCIMIENTO DEL PERSONAL QUE REALIZA USO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS	POSIBILIDAD DE DAÑOS O FALLAS EN LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS DE LA INSTITUCIÓN Y TERCERIZADOS QUE IMPIDA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	INTERRUPCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DIAGNÓSTICOS ERRADOS	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MODERADA	MAYOR	ALTA	1	MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS A LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS QUIEN: INGENIERO BIOMÉDICOS PERIODICIDAD: MENSUAL COMO: DE ACUERDO A PROTOCOLOS DE MANTENIMIENTO ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE PARA QUE: MANTENER Y PROLONGAR LA VIDA ÚTIL DEL EQUIPO EVIDENCIA: REPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVOS	MAYOR	MODERADO	TRABAJAR / REDUCIR
												2	QUE VIGILANCIA ACTIVA QUIEN: REFERENTE DE TÉCNICO VIGILANCIA COMO: A TRAVÉS DE LISTA DE CHEQUEO CON CÓDIGO BI-F-29 FORMATO LISTA DE CHEQUEO O VIGILANCIA ACTIVA MENSUAL DE EQUIPOS ELEGIDOS ALEATORIAMENTE EN PERIODOS TRIMESTRALES PARA QUE: IDENTIFICAR EL ESTADO DEL EQUIPO EVIDENCIA: BI-F-29 FORMATO LISTA DE CHEQUEO VIGILANCIA ACTIVA	MAYOR		
												3	REVISIÓN DE ALERTAS SANITARIAS QUIEN: REFERENTE DE TÉCNICO VIGILANCIA PERIODICIDAD: QUINCENAL COMO: REVISIÓN EN LA PAGINA DEL INVIMA Y SEGUIMIENTO A TRAVÉS DEL FORMATO BI-F-32 "FORMATO DE REVISIÓN DE ALERTA DE EQUIPOS" LA PAGINA DEL INVIMA EVIDENCIA: FORMATO BI-F-32 "FORMATO DE REVISIÓN DE ALERTA DE EQUIPOS" LA PAGINA DEL INVIMA	MAYOR		
												4	CAPACITACIONES A PERSONAL ASISTENCIAL SOBRE USO, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS QUIEN: INGENIEROS BIOMÉDICOS PERIODICIDAD: MENSUAL DEPENDIENDO DE PRIORIZACIÓN ANUAL EVIDENCIA: LISTAS DE ASISTENCIA	MAYOR		
												5	MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS A LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS QUIEN: INGENIERO BIOMÉDICOS PERIODICIDAD: A NECESIDAD COMO: REVISIÓN DOCUMENTACIÓN DEL DAÑO Y EJECUCIÓN DEL ARREGLO DEL EQUIPO PARA QUE: MANTENER Y PROLONGAR LA VIDA ÚTIL DEL EQUIPO EVIDENCIA: MATRIZ DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS	MODERADO		
138	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / BIOMÉDICO	REPUTACIONAL	USO INCORRECTO DE ELECTROBISTURI	DESCONOCIMIENTO DEL PERSONAL SOBRE EL ADECUADO USO DE ELECTROBISTURI FALLAS PROPIAS DEL ELECTROBISTURI	POSIBILIDAD DE QUEMADURA POR USO INADECUADO O FALLA DEL ELECTROBISTURI	DAÑO AL PACIENTE RETRABOS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MODERADA	MODERADO	ALTA	1	REALIZACIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A ELECTROBISTURI PERIODICIDAD: TRIMESTRAL QUIEN: INGENIEROS BIOMÉDICOS EVIDENCIA: SOPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	MODERADO	MODERADO	TRABAJAR / REDUCIR
												2	CALIBRACIÓN DEL ELECTROBISTURI PERIODICIDAD: ANUAL QUIEN: INGENIEROS BIOMÉDICOS EVIDENCIA: SOPORTE DE CALIBRACIÓN	MODERADO		
												3	CAPACITACIÓN ENFOCADA EN EL USO CORRECTO DE ELECTROBISTURI PERIODICIDAD: ANUAL DE ACUERDO A CRONOGRAMA QUIEN: INGENIEROS BIOMÉDICOS EVIDENCIA: SOPORTE DE CALIBRACIÓN	MODERADO		



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO:		MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL														
OBJETIVO:		Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que pueden afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución														
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que existen en el Hospital de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto del mismo en el cual opera la entidad. En el reconocimiento de cada proceso que comprende su objetivo y alcance y, finalmente, la actividad básica y sus factores inherentes y relacionados con posibles peligros que afectan el cumplimiento de los objetivos.									VALORACIÓN DEL RIESGO: A partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, se busca determinar la zona de riesgo inicial.			VALORACIÓN DE CONTROLES: Un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	IMPACTO Clas.	CAUSA Como	CAUSA RAIZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGÍA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
139	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / BIOMÉDICO	REPUTACIONAL	MAL MANEJO DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS	FALLAS CON LAS BARANDAS DE LA CAMA	POSIBILIDAD DE CAÍDA POR FALLAS EN LAS CAMAS HOSPITALARIAS Y/O CONTROLES	DAÑO AL PACIENTE	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	REALIZAR SOCIALIZACIÓN A CLIENTE INTERNO EN EL MANEJO ADECUADO DE CAMAS HOSPITALARIAS PERIODICIDAD ANUAL DE ACUERDO A CRONOGRAMA QUIEN INGENIEROS BIOMÉDICOS EVIDENCIA SOPORTE DE SOCIALIZACIÓN	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	REALIZAR SOCIALIZACIÓN A USUARIOS Y FAMILIARES EN EL USO ADECUADO DE CAMAS HOSPITALARIAS QUIEN PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES PERIODICIDAD MENSUAL EVIDENCIA REGISTRO DE ASISTENCIA	MODERADO		
												3	MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS QUIEN INGENIEROS BIOMÉDICOS PERIODICIDAD A DEMANDA EVIDENCIA MATRIZ DE MANTENIMIENTO CORRECTIVO	MODERADO		
140	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / BIOMÉDICO	REPUTACIONAL	MANIPULACIÓN INADECUADA DE MONITOR DE SIGNOS VITALES POR DESCONOCIMIENTO	FALLAS PROPIAS DEL EQUIPO POR FALTA DE MANTENIMIENTO DE LOS MONITORES DE SIGNOS VITALES EQUIPO BIOMÉDICO PRIORIZADO POR MAYOR REPORTE EN MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS PARA LOS PROCESOS DE HOSPITALIZACIÓN 5 PISO, SALAS DE CIRUGÍA, UCI 4 PISO Y URGENCIAS ADULTO	POSIBILIDAD DE GENERAR RESULTADOS ERRÓNEOS O EVENTO ADVERSO POR FALLAS EN MONITOR DE SIGNOS VITALES	RESULTADOS ERRÓNEOS DIAGNÓSTICO INADECUADO MEDICACIÓN INCORRECTA	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	REALIZACIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL MONITOR DE SIGNOS VITALES PERIODICIDAD TRIMESTRAL QUIEN INGENIEROS BIOMÉDICOS EVIDENCIA SOPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	CALIBRACIÓN DE LOS MONITORES DE SIGNOS VITALES PERIODICIDAD ANUAL QUIEN INGENIEROS BIOMÉDICOS EVIDENCIA SOPORTE DE CALIBRACIÓN	MODERADO		
												3	GUÍA RÁPIDA DEL EQUIPO QUE GARANTICE LAS INSTRUCCIONES DE MANEJO DEL EQUIPO	MODERADO		
												4	CAPACITACIÓN ENFOCADA EN EL USO CORRECTO DE MONITOR DE SIGNOS VITALES PERIODICIDAD ANUAL DE ACUERDO A CRONOGRAMA QUIEN INGENIEROS BIOMÉDICOS EVIDENCIA SOPORTE DE CAPACITACIÓN	MODERADO		
141	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / BIOMÉDICO	REPUTACIONAL	FALLAS PROPIAS DEL EQUIPO POR FALTA DE MANTENIMIENTO DE LOS VENTILADORES MECÁNICOS	MANIPULACIÓN INADECUADA DE LOS VENTILADORES MECÁNICOS POR DESCONOCIMIENTO EQUIPO BIOMÉDICO PRIORIZADO POR MAYOR REPORTE EN MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS PARA LOS PROCESOS DE UCIS, URGENCIAS REANIMACIÓN Y HOSPITALIZACIÓN 5 PISO	POSIBILIDAD DE EVENTO ADVERSO POR FALLAS EN VENTILADORES MECÁNICOS Y/O DE TRANSPORTE	DAÑO AL PACIENTE E INCLUSO MUERTE DEL PACIENTE	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	REALIZACIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A LOS VENTILADORES MECÁNICOS PERIODICIDAD TRIMESTRAL QUIEN INGENIEROS BIOMÉDICOS EVIDENCIA SOPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	CALIBRACIÓN DE VENTILADORES MECÁNICOS PERIODICIDAD ANUAL QUIEN INGENIEROS BIOMÉDICOS EVIDENCIA SOPORTE DE CALIBRACIÓN	MODERADO		
												3	GUÍA RÁPIDA DEL EQUIPO QUE GARANTICE LAS INSTRUCCIONES DE MANEJO DEL USO CORRECTO DE LOS VENTILADORES MECÁNICOS	MODERADO		
												4	CAPACITACIÓN ENFOCADA EN EL USO CORRECTO DE LOS VENTILADORES MECÁNICOS PERIODICIDAD ANUAL DE ACUERDO A CRONOGRAMA QUIEN INGENIEROS BIOMÉDICOS EVIDENCIA SOPORTE DE CAPACITACIÓN	MODERADO		
142	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / BIOMÉDICO	REPUTACIONAL	USO INCORRECTO DESCONOCIMIENTO DEL PERSONAL SOBRE EL ADECUADO USO DEL DESFIBRILADOR	FALLAS PROPIAS DEL EQUIPO	PROBABILIDAD DE DAÑO CEREBRAL O MUERTE POR USO INAPROPIADO DE DESFIBRILADOR	DAÑO AL PACIENTE E INCLUSO MUERTE DEL PACIENTE	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	REALIZACIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE DESFIBRILADORES PERIODICIDAD TRIMESTRAL QUIEN INGENIEROS BIOMÉDICOS EVIDENCIA SOPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	CALIBRACIÓN DE DESFIBRILADORES PERIODICIDAD ANUAL QUIEN INGENIEROS BIOMÉDICOS EVIDENCIA SOPORTE DE CALIBRACIÓN	MODERADO		
												3	GUÍA RÁPIDA DEL EQUIPO QUE GARANTICE LAS INSTRUCCIONES DE MANEJO DEL USO CORRECTO DE LOS DESFIBRILADORES	MODERADO		



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO: MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

OBJETIVO: Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que pueden afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que afectan el logro de los objetivos de la organización, para ello se deben tener en cuenta el contexto institucional en el que se opera la actividad, la interrelación de cada proceso que conforma su plan de gestión y la estructura, el ambiente físico y los recursos humanos y tecnológicos que permitan generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.										VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto a, se debe determinar la zona de riesgo crítico.			VALORACIÓN DE CONTROLES: un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.			
REFERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Came	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
												4	CAPACITACIÓN ENFOCADA EN EL USO CORRECTO DE DESFIBRIDADORES PERIODICIDAD: ANUAL DE ACUERDO A CRONOGRAMA QUIEN: INGENIEROS BIOMEDICOS EVIDENCIA: SOPORTE DE CAPACITACIÓN	MODERADO		
143	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / HOTELERÍA HOSPITALARIA / LAVANDERÍA	REPUTACIONAL	FALTA DE LOS INSUMOS PARA LAVADO Y ASEPSIA INSUFICIENCIA DE PERSONAL PARA LA EJECUCIÓN DE LAS LABORES FALLAS EN LOS EQUIPOS DE LAVANDERÍA FALLAS EN EL SUMINISTRO DE SERVICIOS (AGUA, LUZ)	REALIZAR PEDIDO INOPORTUNO DE INSUMOS	POSIBILIDAD DE ENTREGA DE ROPA HOSPITALARIA SIN LA DEBIDA ASEPSIA Y LIMPIEZA	AUMENTO DE INFECCIONES IMPACTO SOBRE LA IMAGEN INSTITUCIONAL INCOMODIDAD Y MALESTAR PARA LOS PACIENTES	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	CLASIFICACIÓN CORRECTA DE ROPA HOSPITALARIA DE ALTA Y BAJA SUCIEDAD QUIEN: LAVANDERO PERIODICIDAD: DIARIA COMO: EL LAVANDERO CLASIFICA LA ROPA HOSPITALARIA EN DOS SECCIONES AL DÍA A LAS 4 AM Y A LAS 10:00 AM LA BAJA A LAVANDERÍA Y EL LAVA PARA QUE: PARA CLASIFICAR ROPA HOSPITALARIA	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
													CLASIFICACIÓN DE ROPA HOSPITALARIA HUMEDA POR TIPO (COBUAS, ROPA CRESPA, LISA) LUEGO DE LAVADO CON EL FIN DE IDENTIFICAR SUCIEDAD EN PRENDAS QUIEN: AUXILIAR DE LAVANDERÍA PERIODICIDAD: DIARIA COMO: MEDIANTE LA CLASIFICACIÓN DE ROPA HOSPITALARIA POR PRENDA (COBUAS, ROPA ENGAUCHADA, LIGAS, PEQUEÑA Y TOALLAS) PARA QUE: EVITAR DETERIORO DE PRENDAS Y GASTOS INNECESARIOS DE INSUMOS	MODERADO		
												1	CLASIFICACIÓN DE ROPA HOSPITALARIA SECA POSTERIOR AL SECADO QUIEN: AUXILIAR DE LAVANDERÍA PERIODICIDAD: DIARIA COMO: MEDIANTE LA CLASIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE ROPA HOSPITALARIA UNA VEZ SALE DEL SECADO PARA QUE: PARA DETECTAR ROPA SIN LA DEBIDA ASEPSIA	MODERADO		
												4	REPROCESO DE LAVADO DE ROPA HOSPITALARIA IDENTIFICADA CON SUCIEDAD DURANTE LOS CONTROLES ANTERIORES QUIEN: LAVANDERO PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: CONTEO DE ROPA DE REPROCESO PARA QUE: ENTREGA ROPA ROTA PARA RESTAURACIÓN A COSTUREO O DADA DE BAJA	MODERADO		
144	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / HOTELERÍA HOSPITALARIA / LAVANDERÍA	REPUTACIONAL	FALTA DE LOS INSUMOS PARA LAVADO Y ASEPSIA INSUFICIENCIA DE PERSONAL PARA LA EJECUCIÓN DE LAS LABORES FALLAS EN LOS EQUIPOS DE LAVANDERÍA FALLAS EN EL SUMINISTRO DE SERVICIOS (AGUA, LUZ)	FALLAS EN EL SEGUIMIENTO DE ENTREGA DE ROPA HOSPITALARIA	POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD EN EL SUMINISTRO DE ROPA HOSPITALARIA POR FALLAS EN LA LAVANDERÍA	Retraso en la atención e satisfacción de los pacientes Riesgo de exposición a riesgos de contaminación	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE ROPA HOSPITALARIA MEDIANTE FORMATO "ENTREGA DE ROPA LIMPIA" QUIEN: REFERENTE DE LAVANDERÍA PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: FORMATO "ENTREGA DE ROPA HOSPITALARIA" PARA QUE: EVITAR INOPORTUNIDAD DE ENTREGA DE ROPA HOSPITALARIA QUE IMPIDA LA PRESTACIÓN DE ALGUN SERVICIO	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	PRIORIZACIÓN DE SERVICIOS QUE REQUIEREN SUMISTO DE ROPA HOSPITALARIA QUIEN: REFERENTE DE LAVANDERÍA PERIODICIDAD: A DEMANDA O CADA QUE SE IDENTIFIQUE FALTANTE DE ROPA EN ALGUN SERVICIO EVIDENCIA: FORMATO DE ENTREGA DE ROPA EN ALGUN SERVICIO PARA QUE: SUMINISTRAR ROPA	MODERADO		
146	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / HOTELERÍA HOSPITALARIA / COSTURERO	REPUTACIONAL	DEMORAS EN LA COMPRA DE LOS INSUMOS MANTENIMIENTO INOPORTUNO DE LAS MAQUINAS DEMORA EN LA CONTRATACIÓN DE MARCADO DE ROPA	DEMORAS O FALLAS EN LA CONFECCIÓN DE ROPA NUEVA	POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD EN EL SUMINISTRO DE ROPA HOSPITALARIA NUEVA POR FALLAS EN EL COSTURERO	Inadecuada protección o confort para los pacientes Impacto en la percepción de calidad del hospital	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	ESTUDIO DE NECESIDADES PARA LA COMPRA DE INSUMOS Y TELAS Y EL MARCADO DE ROPA Y SOLICITUD DE MANTENIMIENTO QUIEN: REFERENTE DE LAVANDERÍA PERIODICIDAD: ANUAL EVIDENCIA: ESTUDIO DE NECESIDADES PARA QUE: GARANTIZAR LA COMPRA DE LOS INSUMOS, TELAS Y MARCADO DE LA ROPA	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO A LA PRODUCCIÓN DE ROPA HOSPITALARIA NUEVA PRODUCIDA EN EL COSTURERO QUIEN: REFERENTE DE LAVANDERÍA PERIODICIDAD: ANUAL EVIDENCIA: FORMATO PRODUCCIÓN DE LAVANDERÍA CONFECCIÓN Y DISTRIBUCIÓN CON CÓDIGO SG-FT-02 PARA QUE: IDENTIFICAR LA PRODUCCIÓN DE ROPA DE ACUERDO A NECESIDADES	MODERADO		
												3	INVENTARIO DE ROPA INSTITUCIONAL QUIEN: LAVANDERÍA EN COORDINACIÓN CON HOTELERÍA Y JEFES DE CADA SERVICIO PERIODICIDAD: ANUAL EVIDENCIA: INVENTARIO PARA QUE: IDENTIFICAR FALTANTE DE ROPA	MODERADO		

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO:		MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL														
OBJETIVO:		Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución														
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que existen en relación al cumplimiento de la organización, para ello se debe tener en cuenta la actividad en la que realiza su actividad, la documentación de cada proceso que responde a la actividad y analizar y evaluar el proceso frente a los factores internos y externos que puedan generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.										VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, se busca determinar la zona de riesgo real			VALORACIÓN DE CONTROLES: un control se define como la medida que permita reducir o mitigar el riesgo. Las responsabilidades de implementar y monitorear los controles son los líderes de procesos con el apoyo de su equipo de trabajo			
REFERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Causa	CAUSA RAIZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Todo contiene todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
148	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / ARCHIVO	REPUTACIONAL	Desorganización de los archivos	Desconocimiento de la normatividad aplicable en los temas archivísticos	POSIBILIDAD DE PERDIDA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL	Incumplimiento normativo Procesos paralizados contra la institución	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MEDIA	MODERADO	MODERADO	1	SEÑALIZACIÓN Y CAPACITACIONES EN LOS INSTRUMENTOS ARCHIVÍSTICOS DE LA ENTIDAD A TODAS LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE INFORMACIÓN QUIEN REFERENTE DE ARCHIVO PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: LISTADOS DE ASISTENCIA, INFORME	MODERADO		
												2	SEGUIMIENTO A LAS OFICINAS PRODUCTORAS DE INFORMACIÓN QUIEN REFERENTE DE ARCHIVO PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: LISTADO DE ASISTENCIA, REGISTRO FOTOGRÁFICO, INFORME	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												3	INVENTARIO DE HISTORIAS CLÍNICAS Y ANEXOS RECEPCIONADAS EN EL ARCHIVO DE LOS DIFERENTES SERVICIOS QUIEN COLABORADORES DE ARCHIVO PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: MATRIZ DE INVENTARIO	MODERADO		
147	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / CORRESPONDENCIA	REPUTACIONAL	Tempos de respuesta fuera de los términos determinados para recepción y direccionamiento de los documentos. Divulgación de la información al bucear el área competente para el direccionamiento del documento. retraso en los procesos o necesidad de adelantar procesos Quejas recibidas frente a la prestación del servicio	Incumplimiento de la normatividad vigente, ventanilla única de correspondencia Falta de capacitación y experiencia para realizar el direccionamiento al área competente	POSIBILIDAD DE RECEPCIÓN Y DISTRIBUCIÓN TARDÍA DE LA CORRESPONDENCIA EN LA INSTITUCIÓN	Incumplimiento de la normatividad vigente, ventanilla única de correspondencia	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS RECEPCIONADOS VS LOS ENTREGADOS QUIEN COLABORADORES DE CORRESPONDENCIA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: BASE DE DATOS DEL APPLICATIVO PROGRAMA DE VENTANILLA ÚNICA DE CORRESPONDENCIA	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	CAPACITAR A LOS FUNCIONARIOS Y COLABORADORES EN TEMAS DE CORRESPONDENCIA Y ATENCIÓN AL USUARIO QUIEN REFERENTE DE CORRESPONDENCIA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: LISTADOS DE ASISTENCIA, INFORME	MODERADO		
148	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / ACTIVOS FIJOS	ECONÓMICO	1. NO CUMPLIMIENTO DE PROCESOS DE TRASLADOS O BAJAS DE ACTIVOS FIJOS. 2. DEBIL RELECCIÓN DE PERSONAL IDONEO PARA EL MANEJO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS 3. ROBOS	INCUMPLIMIENTO DE PROCESOS DE TRASLADOS DE ACTIVOS FIJOS	POSIBILIDAD DE PÉRDIDA DE ACTIVOS DE LA ESE	DETRIENTO PATRIMONIAL AFECTACIÓN ECONÓMICA	DAÑOS A ACTIVOS FIJOS/ EVENTOS EXTERNOS	PROCESO		MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO A TOMA FÍSICA DE ACTIVOS FIJOS DE LA ENTIDAD QUIEN ACTIVOS FIJOS PERIODICIDAD: ANUAL EVIDENCIA: INFORME DE ACTIVOS POR CADA DEPENDENCIA	MODERADO		
												2	PLAGUETO MEDIANTE CÓDIGO QR A LOS ACTIVOS DE LA ESE CON EL FIN DE IDENTIFICAR EL INVENTARIO REAL DE LOS ACTIVOS QUIEN ACTIVOS FIJOS PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: MATRIZ DE ACTIVOS FIJOS	MODERADO		
												3	SEGUIMIENTO A CAMBIO DE RESPONSABLE DE CUSTODIA DE ACTIVOS FIJOS QUIEN ACTIVOS FIJOS PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: INFORME DE RESPONSABLES ACTUALIZADO	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												4	CAPACITACIONES EN EL MANEJO DE ACTIVOS A LOS RESPONSABLES DE ACTIVOS FIJOS QUIEN ACTIVOS FIJOS PERIODICIDAD: LISTADOS DE ASISTENCIA EVIDENCIA: REGISTRO DE ASISTENCIA	MODERADO		
												5	SEGUIMIENTO DE ACTIVOS QUE PASAN POR NECESIDAD A OTRO SERVICIO MEDIANTE FORMATO TRASLADO DE ACTIVOS FIJOS QUIEN ACTIVOS FIJOS PERIODICIDAD: A DEMANDA EVIDENCIA: INFORME DE TRASLADOS REALIZADO	MODERADO		
149	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO	REPUTACIONAL	Dificultad en el mantenimiento de algunas áreas por la antigüedad de la construcción	Fallas en la ejecución del plan de mantenimiento	POSIBILIDAD DE DAÑOS EN LA INFRAESTRUCTURA QUE OCASIONE FALLAS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CIERRE TEMPORAL DE LOS SERVICIOS INSATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	EJECUCIÓN DEL PLAN DE MANTENIMIENTO QUIEN: TALENTO HUMANO DE PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO PERIODICIDAD: SEMANA EVIDENCIA: REGISTRO FOTOGRÁFICO, REGISTRO EN FORMATO DE REPORTE DE MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA CON CÓDIGO PE-FT-08	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	PRIORIZACIÓN DE SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO A CRITERIOS ESTABLECIDOS EN EL PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO QUIEN: PROFESIONAL PPYE PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: SOLICITUD Y MATRIZ MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA GPL-FT-15	MODERADO		



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO: MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

OBJETIVO: Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que sobre el cumplimiento de la organización, que a su vez se deben tener en cuenta en cualquier momento en el que opere la entidad. La identificación de cada proceso que intervenga en el proceso y el control, se realiza sobre la base de los riesgos que afectan al cumplimiento de los objetivos.									VALORACIÓN DEL RIESGO: A partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto a, se busca determinar la zona de riesgo real.			VALORACIÓN DE CONTROLES: Un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO/ SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Cero	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
160	SERVICIOS GENERALES	REPUTACIONAL	MAL MANEJO DE LOS PRODUCTOS DEL PERSONAL Y PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	EL PERSONAL NO SIGUE LOS LINEAMIENTOS DE LOS PROCESOS DE DESINFECCIÓN Y LIMPIEZA	POSIBILIDAD DE INFECCIONES ASOCIADAS A UNA INCORRECTA DESINFECCIÓN Y LIMPIEZA DE ÁREAS DE LA ESE	AUMENTO DE INFECCIONES IMPACTO SOBRE LA IMAGEN INSTITUCIONAL AUMENTO DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MODERADO	MODERADO	ALTA	1	SUPERVISIÓN DEL PROCESO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN REALIZADA POR PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES QUIEN: JEFE DEL SERVICIO PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: FORMATOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN FIRMADOS POR EL JEFE DEL SERVICIO	MODERADO	MODERADO	TRABAJAR /REDUCIR
												2	CAPACITACIONES AL PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES SOBRE LOS PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LAS ÁREAS DE LA INSTITUCIÓN QUIEN: INGENIERA AMBIENTAL Y EMPRESA LADONSA PERIODICIDAD: MENSUAL Y TRIMESTRAL EVIDENCIA: FORMATO DE ASISTENCIA	MODERADO		
												3	SEGUIMIENTO A LOS FORMATOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DILIGENCIADOS POR EL PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES QUIEN: SUPERVISORA DE LADONSA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: FORMATOS DILIGENCIADOS Y CONSOLIDADOS	MODERADO		
161	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / SISTEMAS	ECONÓMICO	Apagado incorrecto Faltas en el Flujo eléctrico No hay acondicionamiento de los equipos en el centro de datos	Fallas en los procesos de restauración de datos Incompatibilidad de programas virus	POSIBILIDAD DE PERDIDA DE INFORMACIÓN POR FALLAS DEL SOFTWARE O HARDWARE DE LOS SERVIDORES	Vulnerabilidad a Ciberataques Pérdida de la información Institucional Incumplimiento normativo por pérdida de información	FALLAS TECNOLÓGICAS	PROCESO	ALTA	MAYOR	ALTA	1	ACTUALIZACIONES DE LOS SISTEMAS OPERATIVOS QUIEN: SISTEMAS PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: ACTA DE ACTUALIZACIÓN	MAYOR	ALTA	TRABAJAR /REDUCIR
												2	BACK UP DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN LOS SISTEMAS QUIEN: SISTEMAS PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: PLANILLA DE VERIFICACIÓN DE GENERACIÓN DE BACK UP	MAYOR		
												3	PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA BASE DE DATOS EN AMBIENTE NO PRODUCTIVO QUIEN: SISTEMAS PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: PANTALLAZOS DE DINÁMICA	MAYOR		
												4	MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS SERVIDORES Y DE LAS UPS QUE SE ENCUENTREN SOPORTANDO EL FLUIDO ELÉCTRICO QUIEN: SISTEMAS EVIDENCIA: FORMATO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PERIODICIDAD: SEMESTRAL	MAYOR		
162	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / SISTEMAS	ECONÓMICO	Las credenciales de acceso a los sistemas de información no son seguras	Las credenciales de acceso a los sistemas de información no son seguras No se realizan Backup de toda la información	PROBABILIDAD DE ROBO, ALTERACIÓN Y/O PéRDIDA DE LA INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD POR ACCESO INDEBIDO DE LA INFORMACIÓN	Pérdida de información por rotación del personal Divulgación indebida de la información institucional	FALLAS TECNOLÓGICAS	PROCESOS	ALTA	MODERADO	ALTA	1	EVALUACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN EL PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE USUARIOS MEDIANTE BLOQUEO DE USUARIOS QUE TIENEN CONTRASEÑAS DE FÁCIL ACCESO QUIEN: TALENTO HUMANO DE SISTEMAS PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: PANTALLAZOS EN DINÁMICA GERENCIAL	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	CAPACITACIONES DE SENSIBILIZACIÓN A LOS FUNCIONARIO SOBRE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN QUIEN: SISTEMAS PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: PLANILLA DE ASISTENCIA	MODERADO		
												3	DIVULGACIÓN DE PIEZAS GRÁFICAS SOBRE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN QUIEN: SISTEMAS CUANDO: MENSUAL EVIDENCIA: PIEZAS GRÁFICAS	MODERADO		
163	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / SISTEMAS	ECONÓMICO	Daños en los switch y routers	Conflictos de direcciones IP Daños en los switch o routers Infecciones SpyWare	POSIBILIDAD DE FALENCIAS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO POR FALLAS EN LOS RECURSOS DE RED EXISTENTES	Interrupción en la prestación del servicio Pérdida de Datos	FALLAS TECNOLÓGICAS	PROCESOS	MEDIA	MODERADO	MODERADO	1	VERIFICACIÓN DEL ESTADO DE LAS CONEXIONES DE RED Y EQUIPOS EN PUNTOS PRINCIPALES QUIEN: SISTEMAS PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: FORMATO DE VERIFICACIÓN ESTADO DE CONEXIONES DE RED Y EQUIPOS	MODERADO	MODERADO	TRAMAJAR /REDUCIR
												2	IDENTIFICACIÓN Y RESPUESTA A SOLICITUDES INTERPUUESTAS POR MESA DE AYUDA DE SISTEMAS QUIEN: SISTEMAS EVIDENCIA: INFORME GENERADO DE LA MESA DE AYUDA PERIODICIDAD: DIARIO E INFORME TRIMESTRAL	MODERADO		



FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

PROCESO: MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

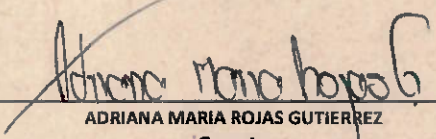
OBJETIVO: Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que afectan o pueden afectar a la organización, para ello se deben tener en cuenta el contexto del riesgo en el que opera la entidad, la naturaleza y el grado de exposición de cada proceso que conforma los objetivos y estrategias, también se analiza desde la perspectiva interna y externa que pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.									VALORACIÓN DEL RIESGO: a partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, se busca determinar la zona de riesgo final			VALORACIÓN DE CONTROLES: Los controles se definen como la medida más permitida reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de procesos con el apoyo de su equipo de trabajo				
REFERENCIA	PROCESO / SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Causa	CAUSA RAZ Por que	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGÍA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No control	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
154	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / SERVICIO DE VIGILANCIA	ECONÓMICO	Evasión en el pago de la obligación económica, referente al servicio prestado, o atención tardía o demora de la orden de salud	Desconocimiento de los procedimientos de salud de pacientes y egresados en los mismos	PROBABILIDAD DE FUGA DE PACIENTES POR EVASIÓN EN EL PAGO DE LA OBLIGACIÓN FINANCIERA CONTRIBUIDA CON EL HOSPITAL O POR ATENCIÓN TARDÍA O DEMORA DE LA ORDEN DE SALIDA, O DESCONOCIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA SALIDA DE LOS MISMO Y FALTA DE SEGURIDAD EN EL PROCESO DE SALIDA.	AFECTACIÓN ECONÓMICA AFECTACIÓN DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL Y DE LA EMPRESA DE VIGILANCIA	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MODERADO	LEVE	ALTA	1	CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE SALIDA DE PACIENTES EVIDENCIANDO LA ORDEN DE SALIDA QUIEN: PERSONAL DE VIGILANCIA PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: ORDEN DE SALIDA SOLICITADA A CADA PACIENTE DESVIACIÓN DEL CONTROL: POSIBLE MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO	LEVE	BAJO	TRASLADAR / REDUCIR
												2	RONDAS DE SEGURIDAD REALIZADA A LOS SERVICIOS DE LA INSTITUCIÓN QUIEN: PERSONAL DE VIGILANCIA PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: MINUTA DE RONDA DE SEGURIDAD DESVIACIÓN DEL CONTROL: POSIBLE MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO	LEVE		
												3	QUE CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE VIGILANCIA EN EL PROTOCOLO DE SALIDA DE PACIENTES EVIDENCIA: ACTAS DE CAPACITACIÓN PERIODICIDAD: SEMESTRAL DESVIACIÓN DEL CONTROL: DESCONOCIMIENTO DEL PROTOCOLO DE SALIDA DE PACIENTES	LEVE		
155	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / SERVICIO DE VIGILANCIA	ECONÓMICO	Falta de recursos económicos del usuario, representado por un mal servicio prestado	Debido a la falta de control tanto del ingreso como de la salida de los usuarios	PROBABILIDAD DE HURTO DE ELEMENTOS BAJO CUSTODIA DEL SERVICIO DE VIGILANCIA	AFECTACIÓN ECONÓMICA AFECTACIÓN DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL Y DE LA EMPRESA DE VIGILANCIA	USUARIOS PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MODERADO	MINOR	ALTA	1	CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE INGRESO Y SALIDA DE USUARIOS Y COMUNIDAD EN GENERAL, MEDIANTE REGISTRO DE EQUIPOS INGRESADOS A LA INSTITUCIÓN QUIEN: PERSONAL DE VIGILANCIA PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: MINUTAS DE CONTROL DESVIACIÓN DEL CONTROL: POSIBLE MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR / REDUCIR
												2	MONITOREO DE CÁMARAS CON EL FIN DE EVIDENCIAR ALGUNA ANOMALÍA Y REPORTARLA AL PERSONAL DE VIGILANCIA QUIEN: PERSONAL DE VIGILANCIA PERIODICIDAD: DIARIA	MODERADO		
156	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / SERVICIO DE ALIMENTOS	ECONÓMICO	FALLAS EN LA ACTUALIZACIÓN DE DIETAS POR PARTE DE NUTRICIÓN	FALLAS EN EL SUMINISTRO DE DIETAS A LOS PACIENTES	PROBABILIDAD DE PRESENTAR EVENTOS ADVERSOS POR SUMINISTRO DE ALIMENTOS	Impacto en la calidad del servicio y reputación. Aumento de costos y complicaciones administrativas	USUARIOS PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MODERADO	MODERADO	ALTA	1	SUMINISTRO DE DIETAS A LOS PACIENTES DE ACUERDO A LA RELACIÓN ENTREGADO POR NUTRICIÓN QUIEN: JEFE DE CADA SERVICIO PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: FORMATO SUMINISTRO DE DIETAS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	AUDITORIA A LOS SERVICIOS CON EL FIN DE EVALUAR LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN EN CADA SERVICIO QUIEN: REFERENTE DE ALIMENTACIÓN PERIODICIDAD: QUINCENAL EVIDENCIA: FORMATO DE AUDITORIA DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN	MODERADO		
												3	ANÁLISIS DE DIETAS SUMINISTRADAS INCORRECTAMENTE DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN DE ACUERDO A LA SOLICITUD POR PARTE DE NUTRICIÓN QUIEN: REFERENTE DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN PERIODICIDAD: DE ACUERDO A LAS DESVIACIONES ENCONTRADAS EVIDENCIA: FORMATO SUMINISTRO DE DIETAS	MODERADO		
157	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / SERVICIO DE ALIMENTOS	ECONÓMICO	FALLAS EN LA ACTUALIZACIÓN DE DIETAS POR PARTE DE NUTRICIÓN	FALLAS EN EL SUMINISTRO DE DIETAS A LOS PACIENTES	PROBABILIDAD INOPORTUNIDAD EN EL SUMINISTRO DE DIETAS	Impacto en la calidad del servicio y reputación. Alteración en el bienestar de los pacientes. Retraso en la recuperación de los pacientes. Aumento del riesgo de complicaciones	USUARIOS PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MODERADO	MODERADO	ALTA	1	CONTEO DE DIETAS POR SERVICIO DE ACUERDO AL LISTADO ENTREGADO POR NUTRICIÓN QUIEN: APOYO DE ALIMENTACIÓN PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: FORMATO CONTEO DE DIETAS POR SERVICIO CÓDIGO RE-HF-T-15	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SUMINISTRO DE DIETAS A LOS PACIENTES DE ACUERDO A LA RELACIÓN ENTREGADO POR NUTRICIÓN QUIEN: JEFE DE CADA SERVICIO PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: FORMATO SUMINISTRO DE DIETAS	MODERADO		

PROCESO:MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL

OBJETIVO:Identificar, analizar, valorar, monitorear y administrar los riesgos en la institución que puedan afectar el logro de los objetivos con un enfoque preventivo de evaluación permanente de la gestión y el control, el mejoramiento continuo y con la participación de todos los colaboradores de la institución

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: Identificar los riesgos que están o no bajo el control de la institución, para así entenderlos, medirlos, evaluarlos, analizarlos y priorizarlos, así como también, analizarlos frente a los recursos institucionales y determinar qué pueden generar riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos.									VALORACIÓN DEL RIESGO: A partir del análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto, se busca determinar la zona de riesgo final.			VALORACIÓN DE CONTROLES: Un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.				
REFERENCIA	PROCESO/SUBPROCESO	IMPACTO Que	CAUSA Causa	CAUSA RAÍZ Por qué	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO Dado entender todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	TIPOLOGÍA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
158	CONTROL INTERNO	ECONOMICO	INCUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE AUDITORIAS	Omisión o desconocimiento de la normatividad del Plan Anual de Auditorías	PROBABILIDAD DE INCUMPLIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIAS DE LA OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	Disminución de cumplimiento de las metas y actividades del Plan Anual de Auditorías	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MODERADO	MODERADO	MODERADO	1	PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO QUIEN: CONTROL INTERNO PERIODICIDAD: ANUAL EVIDENCIA: CRONOGRAMA DE AUDITORIAS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	EJECUCIÓN DE AUDITORIAS PROGRAMADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO QUIEN: CONTROL INTERNO PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: INFORME DE AUDITORIAS	MODERADO		
159	CONTROL INTERNO	ECONOMICO	NO PRESENTACIÓN DE INFORMES A ENTES DE CONTROL	NO PRESENTACIÓN DE INFORMES A ENTES DE CONTROL	PROBABILIDAD DE REPORTE INOPORTUNO DE INFORMES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO POR PARTE DE LA OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	Afectación del buen desarrollo del ejercicio auditor en cuanto a auditorías específicas, integradas y de seguimiento	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MODERADO	MODERADO	MODERADO	1	PROGRAMACIÓN DE PRESENTACIÓN Y ENVÍO DE INFORMES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO QUIEN: OFICINA DE CONTROL INTERNO PERIODICIDAD: ANUAL EVIDENCIA: CRONOGRAMA DE AUDITORIAS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	PRESENTACIÓN Y ENVÍO DEL INFORME A LA ENTIDAD CORRESPONDIENTE QUIEN: OFICINA DE CONTROL INTERNO PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: INFORME Y PANTALLAZO	MODERADO		
160	CONTROL INTERNO	ECONOMICO	NO CONTAR CON BUENA UBICACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	NO CONTAR CON BUENA UBICACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	PROBABILIDAD DE ACCIDENTES POR ENTORNO DE ALTO RIESGO QUE RODEA A LA OFICINA DE CONTROL INTERNO	Condiciones no aptas para el trabajo y peligro de una explosión	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	BAJA	MODERADO	MODERADO	1	SEGUIMIENTO A MANTENIMIENTOS REALIZADOS AL TANQUE DE OXÍGENO Y PLANTA ELÉCTRICA	MODERADO	MODERADO	REDUCIR



ADRIANA MARÍA ROJAS GUTIERREZ
Gerente

Mayra Alejandra Hernández Gómez - Profesional Especializado de Calidad 

Jhonnatan Ortega Gómez - Profesional Especializado de Calidad 

Alex Francisco Bogota - Profesional Especializado de Planeación 

Deiby Alexander Forero Delgado - Subgerente Comunitario 

Aldo Fernando Rodríguez Delgado - Subgerente Administrativo 

David Alberto Rojas Flórez - Subgerente Científico 