

 Hospital San Rafael de Fusagasugá <i>"Hospital humano, hospital comprometido"</i>													Código y Versión PL-FI-12-V04			
FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026																
VERSION:		4		VIGENCIA: 2 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026												
ENTIDAD:		E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA														
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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 s, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Deben contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCION 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 NOMATIVOS O LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES, QUE CONLLEVEN A SANCIONES ADMINISTRATIVAS	Sanciones administrativas Afectación de la imagen institucional	EJECUCION Y ADMINISTRACION DE PROCESOS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	MONITOREO A OBJETIVOS INSTITUCIONALES MEDIANTE LA MEDICION DE INDICADORES RELACIONADOS CON EL CUMPLIMIENTO QUIEN: OFICINA DE PLANEACION PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: INFORME DE SEGUIMIENTO A OBJETIVOS INSTITUCIONALES	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCION DE POLITICAS INSTITUCIONALES QUIEN: OFICINA DE PLANEACION PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: MATRIZ DE SEGUIMIENTO POLITICAS INSTITUCIONALES	MODERADO		
												3	SEGUIMIENTO A PLANES INSTITUCIONALES REGLAMENTADOS POR EL DECRETO 612 DEL 2018 QUIEN: OFICINA DE PLANEACION PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: ACTAS DE ASISTENCIA Y CORREOS ELECTRONICOS CON EL % DE AVANCE DE CADA PLAN INSTITUCIONAL DESVIACION 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, fiscales, disciplinarias Afectación de la imagen institucional	RIESGO OPERACIONAL	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-19 QUIEN: PROFESIONAL DE PLANEACIÓN PERIODICIDAD: QUINCENAL EVIDENCIA: OFICIOS ENVIADOS DESVIACION 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 PLANEACIÓN PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: CERTIFICACIONES DE REPORTE A TRAVES DEL FORMATO PL-FI-30	MAYOR		
												4	ACTUALIZACIÓN DE LA MATRIZ DE INFORMES PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: MATRIZ ACTUALIZADA Y APROBADA POR LOS RESPONSABLES DE EJECUCION	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	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	BAJA	MAYOR	ALTA	1	MONITOREO Y SEGUIMIENTO A LAS METAS E INDICADORES DE LA MATRIZ DE PLAN DE GESTION Y PLAN OPERATIVO ANUAL INSTITUCIONAL QUIEN: PROFESIONAL DE PLANEACION PERIODICIDAD: MENSUAL (POA) Y PARA EL PLAN DE GESTION TRIMESTRAL EVIDENCIA: MATRIZ DE SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DEL PLAN DE GESTION Y MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE PLAN OPERATIVO ANUAL INSTITUCIONAL	MAYOR	ALTA	REDUCIR
												2	CONSOLIDACIÓN DE SOPORTES DE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES A LAS METAS ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE GESTION Y PLAN OPERATIVO ANUAL INSTITUCIONAL QUIEN: PROFESIONAL DE PLANEACION PERIODICIDAD: MENSUAL (POA) Y PARA EL PLAN DE GESTION TRIMESTRAL EVIDENCIA: MATRIZ DE CALIFICACION CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE LA RESOLUCION 408 DEL 2018 Y MATRIZ DE SEGUIMIENTO A METAS DEL POA INSTITUCIONAL	MAYOR		
4	PLANEACIÓN	REPUTACIONAL	Falta de adherencia al uso de la plataforma documental	Fallas 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	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	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	MEJOR	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	MEJOR		
												3	AUDITORIA INTERNA A LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE ACUERDO A CRONOGRAMA PERIODICIDAD: DE ACUERDO A CRONOGRAMA EVIDENCIA: INFORMES DE AUDITORIA	MEJOR		
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, tramites 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 pecuniarías y vencimiento de términos y se incie 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 desacato	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	ALTA	CATASTROFICO	EXTREMO	1	SEGUIMIENTO A LA CONTESTACION DE DERECHOS DE PETICION DE LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS QUIEN: TALENTO HUMANO DE JURIDICA PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: APLICATIVO GEJUR- TRAZABILIDAD EN CORREOS ELECTRONICOS	CATASTROFICO	EXTREMO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO Y ASIGNACION DE RESPONSABLE PARA CONTESTACION Y DEBIDA TRAZABILIDAD MEDIANTE EL APLICATIVO GEJUR - GESTION JURIDICA QUIEN: REFERENTE PROCESO JURIDICA PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: MATRIZ GENERADA POR EL APLICATIVO GEJUR DONDE SE REALIZA ASIGNACION DEL RESPONSABLE.	CATASTROFICO		
												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	CATASTROFICO		
												4	SEGUIMIENTO A LA CONTESTACION DE DEMANDAS RADICADAS EN LA OFICINA JURIDICA QUIEN: TALENTO HUMANO DE JURIDICA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: MATRIZ GENERADA POR EL APLICATIVO GEJUR	CATASTROFICO		

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026

VERSION: 4 VIGENCIA: 2 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026

ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ

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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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 s, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No. CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
6	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	REPUTACIONAL	Faltencias en la estructura estudios y documentos previos de la etapa precontractual Debilidades en la Supervisión de los contratos suscritos con los contratistas y las empresas tercerizadas	falta de comunicación entre los procesos y subprocesos que participan en la contratación	POSIBILIDAD DE CONDENAS Y/O SANCIONES ADMINISTRATIVAS SOLIDARIAS EN CONTRA DE LA ENTIDAD POR PRESUNTA INTERMEDIACIÓN LABORAL	Multas y sanciones económicas	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA LISTA DE CHEQUEO TH-FT-26 "FORMATO LISTA DE CHEQUEO CONTRATACIÓN DIRECTA", QUIEN: OFICINA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO PERIODICIDAD: DIARIO MEDIO DE VERIFICACIÓN: OFICIOS DE RADICACIÓN DE CARPETAS QUE CUMPLEN CON LOS REQUISITOS DE LA LISTA DE CHEQUEO	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO DE TIEMPOS DE RADICACIÓN Y APROBACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE LOS ASPIRANTES MEDIANTE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO TH-FT-45 "FORMATO SEGUIMIENTO SELECCIÓN Y VINCULACIÓN DEL TALENTO HUMANO Y DILIGENCIAMIENTO TH-FT-44 "MATRIZ DE SEGUIMIENTO SELECCIÓN Y VINCULACIÓN DEL TALENTO HUMANO" QUIEN: PROFESIONALES DE TALENTO HUMANO PERIODICIDAD: CADA QUE SE GENERE LA NECESIDAD DE UNA VINCULACIÓN MEDIO DE VERIFICACIÓN: FORMATO TH-FT-44 "MATRIZ DE SEGUIMIENTO SELECCIÓN Y VINCULACIÓN DEL TALENTO HUMANO"	MODERADO		
												3	CUMPLIMIENTO A LAS NECESIDADES DEL PERSONAL DE LAS SUBGERENCIAS MEDIANTE FORMATO REQUISICIÓN DEL TALENTO HUMANO TH-FT-64 QUIEN: PROFESIONALES DE TALENTO HUMANO PERIODICIDAD: CADA QUE SE GENERE LA NECESIDAD DE UNA VINCULACIÓN MEDIO DE VERIFICACIÓN: FORMATO TH-FT-64	MODERADO		
												4	NOTIFICACIÓN DE NOVEDADES A LAS SUBGERENCIAS CORRESPONDIENTES QUIEN: REFERENTE DEL PROCESO TALENTO HUMANO PERIODICIDAD: CADA QUE UNA HOJA DE VIDA DEBE SER RADICADA EN LA SUBGERENCIA CORRESPONDIENTE COMO: A TRAVÉS DE OFICIO FIRMADO POR EL APOYO ADMINISTRATIVO DEL PROCESO INDICANDO LAS NOVEDADES DE LOS ASPIRANTES PARA QUE LLEVAR LA TRAZABILIDAD UBICACIÓN DE LAS CARPETAS DE LOS ASPIRANTES MEDIO DE VERIFICACIÓN: OFICIOS RADICADOS A LAS SUBGERENCIAS	MODERADO		
7	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	REPUTACIONAL	Falta de cultura Organizacional	Falta de cultura Organizacional	PROBABILIDAD DE ALTA ROTACIÓN DEL PERSONAL	Sobre carga laboral Fallas en la continuidad de las actividades dentro de los procesos	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE BIENESTAR E INCENTIVOS EN LA INSTITUCIÓN PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: INFORME TRIMESTRAL	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSFORMACIÓN CULTURAL PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: INFORME TRIMESTRAL	MODERADO		
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	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	MUY 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 ASESORÍA 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	ECONOMICO	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 EAPs	Reducción de ingresos por servicios médicos Pérdida de pacientes y confianza en el hospital Limitación en el acceso a nuevos convenios o financiación	RIESGO DE CREDITO RIESGO DE LIQUIDEZ	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 ALIADOS 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 2026

VERSION:	4	VIGENCIA: 2 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026
ENTIDAD:	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ	
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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 s, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
10	GESTIÓN DE MERCADERO	ECONOMICO	Análisis inadecuado de tarifas	Falta de análisis de mercado	POSIBILIDAD DE IMPACTO ECONOMICO POR ACUERDO INEFICIENTE DE TARIFAS CON LOS ASEGURADOS O PAGADORES	Pérdida de rentabilidad en los servicios ofrecidos Aumento de la deuda o dependencia financiera	RIESGO ACTUARIAL RIESGO MERCADO DE CAPITALES	PROCESO	MEDIA	MODERADO	MODERADO	1	ESTABLECER EL ESTUDIO DE MERCADO, COSTOS Y VENTAS EN CONJUNTO CON DICHAOS 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 externo 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	RIESGO OPERACIONAL	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-FI-14 V01 Y AU-FI-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 PORSPD 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 PORSPD	PROBABILIDAD DE VENCIMIENTO DE TÉRMINOS EN LA GENERACIÓN DE RESPUESTA DE PORSPD A LOS USUARIOS	Demandas ante entes de control Afectación de la imagen institucional	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	QUE: GESTIÓN DE LAS PORSPD POR MEDIO DE LA MATRIZ INSTITUCIONAL AU-FI-06 V04 QUIEN: APOYO PROFESIONAL DEL SIAU PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: MATRIZ INSTITUCIONAL AU-FI-09 V04 DESVIACIÓN DEL CONTROL: INSATISFACCIÓN DEL USUARIO	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO A LA RESPUESTA EFECTIVA DE LAS PORSPD QUIEN: APOYO PROFESIONAL DEL SIAU PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: INFORME EMITIDO A LA GERENCIA	MODERADO		
13	TRABAJO SOCIAL	REPUTACIONAL	Falta de competencia y habilidad del Talento Humano para la búsqueda activa	Falta de competencia 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	Queja y/o insatisfacción del usuario	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES POR MEDIO DEL FORMATO AU-FI-10 V01 Y TS-IN- V01 PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: FORMATOS INFORME REMITIDO A GERENCIA	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
14	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	ECONOMICO	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 ENTE DE CONTROL O REGULADOR POR INOPORTUNIDAD E INCUMPLIMIENTO DE LAS METAS TRAZADAS	MULTAS O SANCIONES AFECTACIÓN ECONOMICA SOBRE LA ENTIDAD	RIESGO OPERACIONAL	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 REPORTES POR PARTE DE LOS REPRESENTANTES DE LAS UNIDADES DE PRODUCCIÓN QUIEN: SISTEMAS DE INFORMACIÓN PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: FORMATO REGISTRO DE REPORTES SISTEMAS DE INFORMACIÓN IC-SI-FI-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		
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 INFORMATICA SIN INCLUIR SISTEMAS DE INFORMACIÓN	POSIBILIDAD DE PÉRDIDA DE INFORMACIÓN E BASE DE DATOS, INFORMES GENERADOS Y EVIDENCIA DE ENVÍO DE INFORMACIÓN	Impacto legal y normativo Impacto en la toma de decisiones	RIESGO OPERACIONAL	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-FI-01 Y REGISTRO EN MODELO 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	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	ELABORACIÓN DEL MATERIAL AUDIOVISUAL DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS SOLICITADOS EN EL FORMATO ELABORACIÓN DE MATERIAL AUDIOVISUAL CON CODIGO CM-FI-06 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 CODIGO IC-MC-FI-10	MODERADO		

 Hospital San Rafael de Fusagasugá "Hospital humano, hospital comprometido"													Código y Versión PLT-12-V04			
													Página			
FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026																
VERSION:		4		VIGENCIA: 2 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026												
ENTIDAD:		E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA														
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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
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 AUDITORIAS 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	RIESGO OPERACIONAL	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 4. En la Reputación Institucional -Impacto negativo en la confianza pública	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	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	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	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		
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 o no gestionados adecuadamente. 9. No cumplimiento de los requisitos legales y regulatorios 10. Deficiente 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 GESTIÓN 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 LA CALIDAD / DISCAPACIDAD	REPUTACIONAL	Falla en la identificación de la población en condición de discapacidad	Desconocimiento del procedimiento de atención integral a paciente en discapacidad PD-PRD-V02 No hay actividades de evaluación sistémica 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	RIESGO OPERACIONAL	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 PAR IDENTIFICAR NECESIDADES DE PACIENTES EN DISCAPACIDAD PERIODICIDAD: SEMANAL QUIEN: REFERENTE DE DISCAPACIDAD MEDIO DE VERIFICACIÓN: NOT DIS EN LA HISTORIA CLINICA DE PACIENTES IDENTIFICADOS	MODERADO		
22	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 PQRS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS	AUMENTO DE LAS PQRS POR ATRIBUTO DE CALDEZ	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 MISMAS. QUIEN- RESPONSABLE: EQUIPO DE HUMANIZACIÓN EN ARTICULACIÓN CON LOS LÍDERES DE LOS PROCESOS. CUANDO- PERIODICIDAD: MENSUALMENTE	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	REALIZAR MEDICIONES DE LA SATISFACCIÓN FRENTE A LAS INTERVENCIÓN REALIZADAS POR EL PROGRAMA DE HUMANIZACIÓN QUIEN- RESPONSABLE: EQUIPO DE HUMANIZACIÓN EN ARTICULACIÓN CON LOS LÍDERES DE LOS PROCESOS. CUANDO- PERIODICIDAD: MENSUALMENTE	MODERADO		
												2	RONDAS DE HUMANIZACIÓN POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: FORMATO RONDAS DE HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS CODIGO GC-HU-FT-06	MODERADO		
23	GESTIÓN DE LA CALIDAD / HUMANIZACIÓN	REPUTACIONAL	Identificación inadecuada de pacientes con enfermedad mental Desconocimiento o falta de conciencia del paciente Falta de diagnóstico adecuado	Identificación inadecuada de pacientes con enfermedad mental	POSIBILIDAD DE ATENCION INADECUADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL	AUTOLESIONES SUICIDIO DETERIORO DE LA SALUD MENTAL	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	CAPACITACIONES AL CLIENTE INTERNO SOBRE EL PAQUETE INSTRUCCIONAL	MODERADO	ALTA	
												2	VERIFICACIÓN DE LA ACTIVACIÓN DE LA RUTA DE SALUD MENTAL			
												3	SOCIALIZACIÓN EN COMITE DE SEGURIDAD DEL PACIENTE LOS EVENTOS RELACIONADOS CON SALUD MENTAL Y LAS DESVIACIONES PRESENTADAS EN LA VERIFICACIÓN.			

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026

VERSION:	4	VIGENCIA: 2 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026	
ENTIDAD:	E. S. E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA		
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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 impactos, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
24	GESTIÓN DE LA CALIDAD / SEGURIDAD DEL PACIENTE	ECONOMICO	1. Inoportunidad en la inclusión de las novedades reportadas en la base de datos de seguridad del paciente Fallas 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 LAS 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 CUANDO - 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	ECONOMICO	1. Inoportunidad en la inclusión de las novedades reportadas en la base de datos de seguridad del paciente Fallas 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	ECONOMICO	1. Parte operativa de cada proceso 2. Diseño del proceso 3. Infraestructura y dotación 4. Catástrofe naturales 5. Competencia del personal	1.1 No existe las condiciones de almacenamiento adecuados 1.1 Almacenamiento inadecuado, (reacción con otra sustancias) 2.1 Falta de protocolos de seguridad 3.1 Envases no adecuados 3.3 No adquisición de productos en presentación en volúmenes adecuados que evite el re envase 4. Inundación o sismos 5.1 Incorrecta manipulación	PROBABILIDAD DE DERRAME DE SUSTANCIAS QUIMICAS Y BIOLOGICAS	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	CAPACITACIÓN SOBRE MANEJO DE DERRAMES PERIODICIDAD: BIMESTRAL QUIEN: INGENIERA AMBIENTAL EVIDENCIA: ACTA Y LISTADOS DE CAPACITACIÓN,	MAYOR		
27	GESTIÓN DE LA CALIDAD /AMBIENTAL	ECONOMICO	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	POSIBILIDAD 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 CUANDO:ANUAL MEDIO DE VERIFICACION: INFORMES DEL ANALISIS FISICOQUIMICO DEL VERTIMIENTO	MAYOR	ALTA	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO AL FORMATO DE INACTIVACION DE VERTIMIENTOS 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		
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 AREAS ADYACENTES DE LA INSTITUCIÓN QUIEN: PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: REGISTRO FOTOGRAFICO	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL MANTENIMIENTO DE DESAGUES Y ALCANTARILLADO QUIEN: GESTION AMBIENTAL PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: ACTA DE SEGUIMIENTO	MODERADO		
30	GESTIÓN DE LA CALIDAD /AMBIENTAL	ECONOMICO	Segregación inadecuada de residuos Uso irracional de los recursos naturales	Segregación 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 impuestos por emisiones Impacto en la imagen institucional	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	AMBIENTAL	ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO A LA GENERACIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS QUIEN: INGENIERA AMBIENTAL CUANDO: TRIMESTRAL EVIDENCIA: INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LA GENERACIÓN DE RESIDUOS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO DE CALCULADORA AMBIENTAL CON EL FIN DE VERIFICAR EL CONSUMO MENSUAL DE LOS RECURSOS (AGUA, GAS, LUZ, PAPELERIA) PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: MATRIZ DE INDICADORES AMBIENTALES	MODERADO		
												3	SEGUIMIENTO AL CONSUMO DE PAPEL DE CADA SERVICIO QUIEN: GESTION AMBIENTAL PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: ACTA DE SEGUIMIENTO AL CONSUMO DE PAPEL	MODERADO		

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026

VERSION:	4	VIGENCIA: 2 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026	
ENTIDAD:	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ		
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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 s, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
31	GESTIÓN DE LA CALIDAD AMBIENTAL	ECONOMICO	2.1 Incumplimiento de cronograma de capacitación al personal de la empresa de asco 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 INADECUADO 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	4	IMPLEMENTACIÓN DE COMPARENDOS EDUCATIVOS QUIEN: GESTIÓN AMBIENTAL PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: ACTA CON LOS COMPARENDOS IMPLEMENTADOS	MODERADO	ALTA	REDUCIR
												1	CAPACITACIÓN DE ADECUADO MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS SEGÚN CRONOGRAMA MENSUAL INGENIERA AMBIENTAL EVIDENCIA: ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA	MAYOR		
												2	AUDITORIAS A LA EMPRESA GESTORA DE RESIDUOS PERIODICIDAD: ANUAL QUIEN: 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	CAMPAÑAS POST CONSUMO DE RAES DE LOS DIFERENTES SERVICIOS PARA CLIENTE INTERNO Y EXTERNO Y MEDICAMENTOS VENDIDOS 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 circundantes	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 QUIEN: PROFESIONALES AMBIENTALES Y SGSST CUÁNDO: 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 CODIGO BRIGADA QUIEN: PROFESIONALES AMBIENTALES Y SGSST CUÁNDO: 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 DESAGÜES QUIEN: PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: SOPORTES DE EJECUCIÓN DE CRONOGRAMAS	MODERADO		
												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	ECONOMICO	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 IMPLEMENTADAS	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 inadecuada supervisión del personal en formación.	POSIBILIDAD DE OBJECIONES DE LAS EAPIS POR INADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA	Impacto económico para la institución Eventos adversos y aumento de PQRA 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 CLINICAS DE PACIENTE DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN PERIODICIDAD: MENSUAL QUIEN: EQUIPO DE AUDITORIA CONCURRENTE EVIDENCIA: INFORME DE AUDITORIA DE HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA.	MEJOR	MODERADO	REDUCIR
												2	AUDITORIA CONCURRENTE AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA MEDICA Y DE ENFERMERIA QUIEN - RESPONSABLE: AUDITORIA CONCURRENTE PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: INFORME DE NOVEDADES	MEJOR		COMPARTIR
35	GESTIÓN DE LA CALIDAD / AUDITORIA CONCURRENTE	ECONOMICO	Falta de compromiso por parte del personal médico y de enfermería	Falta de adherencia al diligenciamiento correcto de consentimiento informado.	POSIBILIDAD DE IMPLICACIÓN MEDICO LEGAL INSTITUCIONAL POR INADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Impacto económico para la institución Eventos adversos y aumento de PQRA 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 EPIDEMIOLOGIA PERIODICIDAD: CADA DOS MESES. EVENTOS DE SALUD PÚBLICA MEDIO DE VERIFICACIÓN: INFORME DE CAPACITACIÓN	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO DE MATRIZ INSTITUCIONAL DE BÚSQUEDA ACTIVA DE EVENTOS NO IDENTIFICADOS EN LA INSTITUCIÓN CON BASE A LOS RIPS REPORTADOS POR SISTEMAS DE INFORMACIÓN PERIODICIDAD: MENSUAL QUIEN: EPIDEMIOLOGIA MEDIO DE VERIFICACIÓN: FORMATO DE BÚSQUEDA 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: EPIDEMIOLOGIA MEDIO VERIFICACIÓN: FICHA DE NOTIFICACIÓN, DOCUMENTO DRIVE "BÚSQUEDA 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 EPIDEMIOLOGIA CUÁNDO: SE PRESENTE EL CASO EVIDENCIA: ACTA DE COMPROMISO CON EL MEDICO	MODERADO		

 Hospital San Rafael de Fusagasugá <i>"Hospital humano, hospital comprometido"</i>													Código y Versión RF-FT-12-V04														
															Página												
FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026																											
VERSION:		4		VIGENCIA: 2 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026																							
ENTIDAD:		E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA																									
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No. CONTROL	DESCRIPCION 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	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	VIGILANCIA ACTIVA DE EQUIPOS BIOMÉDICOS A TRAVÉS DE LISTA DE CHEQUEO RF-BI-FT-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-FT-30	MODERADO	MODERADO	REDUCIR											
												2	SEGUIMIENTO A NOVEDADES DE SEGURIDAD REPORTADAS POR EQUIPOS BIOMÉDICOS E INSUMOS	MODERADO													
												3	MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS A LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS	MODERADO													
												4	CAPACITACIONES EN EL USO DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA	MODERADO													
												5	BUSQUEDA ACTIVA DE EQUIPOS REPORTADOS POR MAL USO Y NOTIFICADOS A SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO NOVEDAD 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	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO A REPORTES DE ALERTAS SANITARIAS DEL INVIMA	MODERADO	MODERADO	REDUCIR											
												2	REPORTES INSTITUCIONALES EN CASO DE QUE ALGUNA ALERTA SANITARIA APLIQUE PARA LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS DE LA INSTITUCIÓN	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	Detrimiento Patrimonial Incremento en los costos Riesgos para la seguridad del paciente	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	REVISIÓN DE ESPECIFICACIONES TÉCNICA D ELOS EQUIPOS DE LOS ESTUDIOS PREVIOS PARA LA ADQUISICIÓN DE EQUIPOS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR											
												2	RECEPCIÓN TÉCNICA DE EQUIPOS MEDIANTE EL ACOMPAÑAMIENTO DE INGENIERO BIOMÉDICO O INGENIERO DE SISTEMAS	MODERADO													
40	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD /ODONTOLOGIA	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	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	SOCIALIZACION AL EQUIPO DE ODONTOLOGÍA SOBRE LA GESTIÓN DOCUMENTAL DEL SERVICIO ENFOCADA A PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN	MODERADO	MODERADO	REDUCIR											
												2	APLICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO DE BIOSEGURIDAD EN ODONTOLOGIA	MODERADO													
41	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD /ODONTOLOGIA	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 ODONTOLOGIA EN LA ESE	AFECTACIÓN EN LA SALUD DEL PACIENTE QUE PUEDE SER TRANSITORIA O DEFINITIVA	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO A LOS REPORTES GENERADOS EN LOS PUESTOS DE SALUD DE POSIBLES REINGRESOS, COMPLICACIONES O EVENTOS ADVERSOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGIA	MODERADO	MODERADO	REDUCIR											
												2	SOCIALIZACIÓN Y MEDICIÓN DE ADHERENCIA DE LOS PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE ODONTOLOGIA	MODERADO													
												3	AUDITORIA DE HISTORIA CLINICA DONDE SE EVALUA ADHERENCIA A LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS Y DEMAS DOCUMENTOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DE ODONTOLOGIA	MODERADO													
42	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD /ODONTOLOGIA	REPUTACIONAL	DECISION 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 E.S.E	PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD Y DESARROLLO DE COMPLICACIONES GRAVES	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO A LA TERMINACIÓN DE TRATAMIENTOS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR											
43	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD /PROGRAMA DE CRÓNICOS	ECONOMICO	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 PATOLOGIA	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MEDICAS EMITIDAS, A TRAVÉS DE INFORME DE SISTEMAS REALIZADO	MODERADO	MODERADO	REDUCIR											
												2	SEGUIMIENTO A ESTADISTICA DE LABORATORIOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE CRÓNICOS	MODERADO													

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026

VERSION: 4
ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No. CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
44	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD /PROGRAMA DE CRÓNICOS	ECONOMICO	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	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	3	DEMANDA INDUCIDA DE PACIENTES INASISTENTES AL PROGRAMA DE CRÓNICOS PERIODICIDAD: MENSUAL QUIEN: PROGRAMA DE CRÓNICOS EVIDENCIA: DRIVE DEMANDA INDUCIDA PROGRAMA CRONICOS	MODERADO		
												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		
												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		REDUCIR
45	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD /PROGRAMA CANCER	ECONOMICO	DIFICULTAD EN LA TOMA Y DIFERENTES CONDICIONES DEL USUARIO O FALTA DE EXPERTICIA 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 DIAGNOSTICO	RIESGO EN SALUD	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 CANCER	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 POBLACION 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 DIAGNOSTICO	RIESGO EN SALUD	PUEDEN ASOCIARSE A VARIOS FACTORES	MUY ALTA	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 CITOLOGÍA CERVICOUTERINA EN EL ESQUEMA 1-1-1 QUIEN: REFERENTE PROGRAMA CANCER 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		
												1	SEGUIMIENTO A CITA PRECONCEPCIONAL A TODA MUJER QUE EXPRESE DESEO DE EMBARAZO EN MENOS DE UN AÑO QUIEN: MEDICO / ENFERMERA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: BASES DE SEGUIMIENTO	MODERADO		
47	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD / RUTA MATERNA	ECONOMICO	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-HUJO	POSIBILIDAD DE MORBILIDAD O MORTALIDAD MATERNA Y/O PERINATAL EN LA ESE	DEMANDAS AFECTACIÓN PSICOLÓGICA	RIESGO EN SALUD	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	2	CAPACITACIÓN AL TALENTO HUMANO SOBRE LA RIAMP Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA QUIEN: RUTA MATERNA Y COORDINACIÓN GINECOLOGÍA PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: ACTAS DE CAPACITACIÓN	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												3	SEGUIMIENTO A GESTANTES CON FACTORES DE RIESGO PARA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA QUIEN: MEDICO, 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 CLINICO 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-HUJO QUIEN: MEDICO-ENFERMERA RIAMP PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: INFORMES DE AUDITORIA	MODERADO		
												1	SOCIALIZACIONES DE LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 INTERVENCIONES POR CUSO 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		
48	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD / RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	ECONOMICO	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	RIESGO EN SALUD	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	2	AUDITORIAS 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 AUDITORIA	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												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		
												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		

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026

VERSION:	4	VIGENCIA: 2 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026	
ENTIDAD:	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ		
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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 impactos, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No. CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
49	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD / VACUNACIÓN	ECONOMICO	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	RIESGO EN SALUD	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	RIESGO EN SALUD	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	MAYOR	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 MEJORES DE 5 AÑOS	DESARROLLO DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN SALUD PÚBLICA	RIESGO EN SALUD	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	MAYOR	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	MAYOR		
												3	BARRIDOS DE VACUNACIÓN CASA A CASA QUIEN: PERSONAL DE VACUNACIÓN CUANDO: SEGÚN CRONOGRAMA EVIDENCIA: EVIDENCIAS ENTREGADAS POR EL EQUIPO DE VACUNACIÓN, REGISTRO FOTOGRÁFICO	MAYOR		
												4	SEGUIMIENTO A MENORES EN JARDINES DEL ICBF - CUANDO: TRIMESTRAL QUIEN: PERSONAL DE VACUNACIÓN EVIDENCIA: REGISTRO FOTOGRÁFICO Y ACTA	MAYOR		
52	SALUD PÚBLICA / APS PIC	ECONOMICO	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 RENUNCIAS CONSTANTES DEL TALENTO HUMANO	POSIBILIDAD DE INCUMPLIMIENTO DE METAS CONTRACTUALES ESTABLECIDAS DE LOS CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS	DISMINUCIÓN DEL PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	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 COBRO	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
53	AMBULATORIO / CONSULTA EXTERNA	REPUTACIONAL	Infraestructura insuficiente, no disponibilidad de horas especialistas.	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 Desvió de indicadores de oportunidad Disminución de la productividad del servicio	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	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 EN EXCEL CON PROYECCIÓN Y OFICIO CON LA SUBGERENCIA CIENTÍFICA	MODERADO		
54	AMBULATORIO / CONSULTA EXTERNA	REPUTACIONAL	Infraestructura insuficiente, no disponibilidad de horas especialistas.	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 FALENCIAS 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	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	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: DIARIO EVIDENCIA: PLANILLAS DE AGENDAS REPROGRAMADAS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	RE AGENDAMIENTO DE CITAS EN CASO DE QUE SE REQUIERA QUIEN: COORDINACIÓN DE CONSULTA EXTERNA PERIODICIDAD: A NECESIDAD EVIDENCIA: PLANILLAS DE AGENDAS REPROGRAMADAS	MODERADO		
55	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 Desviación del indicador que conlleva a plan de mejora	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	MODERADO	1	CONFIRMACIÓN DE CITAS MÉDICAS QUIEN: PERSONAL DE CONSULTA EXTERNA CUANDO: DIARIO EVIDENCIA: BASES DE DATOS DE CITAS PROGRAMADAS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
56	AMBULATORIO / SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA	ECONOMICO	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	RIESGO EN SALUD	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	TRASLADAR /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		

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026

VERSION: 4
ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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 s, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 RAZA Por que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
57	AMBULATORIO / SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA	REPUTACIONAL	NO APLICACIÓN DE BARRERAS PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS INSTITUCIONALMENTE	INESTABILIDAD HEMODINAMICA DEL PACIENTE NO IDENTIFICACIÓN DE RIESGO DE CAÍDA EN EL PACIENTE	POSIBILIDAD DE CAÍDAS EN EL SERVICIO	EVENTO ADVERSO	RIESGO EN SALUD	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	APLICACIÓN DE BARRERAS PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DEFINIDAS INSTITUCIONALMENTE (BARRANDAS ELEVADAS, IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO).	MODERADO	BAJO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: ACTA DE CAPACITACIÓN Y POSTEST	LEVE		
58	AMBULATORIO / SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA	REPUTACIONAL	PACIENTES HOMONIMOS	ALTA DEMANDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO	POSIBILIDAD DE ENTREGA EQUIVOCADA DE RESULTADOS	EVENTO ADVERSO	RIESGO EN SALUD	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 EQUIVOCA DE RESULTADO EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA 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 INCIDENTE	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MAYOR	ALTA	1	CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE FARMACIA EN EL PROCESO DE CONTROL DE FECHA DE VENCIMIENTOS QUIEN: DIRECTOR TÉCNICO OUTSORCING. PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: ACTAS DE ASISTENCIA	MAYOR	ALTA	TRASLADAR /REDUCIR
												2	REALIZAR RECEPCIÓN TÉCNICA AL RECIBIR LOS PRODUCTOS CON EL FIN DE EVITAR LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS VENCIDOS QUIEN: REGENTE DE FARMACIA PERIODICIDAD: CADA QUE LLEGA PEDIDO EVIDENCIA: ACTA DE RECEPCIÓN TÉCNICA	MAYOR		
												3	SEMAFORIZAR E IDENTIFICAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS COLORES DEFINIDOS EN EL INSTRUCTIVO " CONTROL DE FECHAS DE VENCIMIENTO "SF-IN-OT" Y DEMARCAR CON STIKER ROJO LOS PRÓXIMOS A VENCER QUIEN: PERSONAL DE FARMACIA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA:FORMATOS DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESG I MEDICAMWNTOS LASA Y CRONOGRAMA DE SEMAFORIZACION	MAYOR		
60	AMBULATORIO / SERVICIO FARMACÉUTICO	ECONOMICO	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 INOPORTUNIDAD EN EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS VITALES	PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MAYOR	ALTA	1	SOLICITUD DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS AL CENTRO LOGÍSTICO DE ACUERDO A NECESIDADES Y DEMANDA 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 LOGISTICO	MAYOR		
												3	SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE MÁXIMOS Y MÍNIMOS CON SU RESPECTIVO PUNTO DE REPOSICIÓN QUIEN: REGENTE DE FARMACIA PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: LISTADO MAESTRO DE MEDICAMENTOS Y MEDICOQUIRURGICOS	MAYOR		
												4	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS O INSUMOS SOLICITADOS Y QUE NO SE ENCUENTRAN CONTRATADOS QUIEN: REFERENTE DE FARMACIA PERIODICIDAD: CUANDO SE PRESENTE FALTA DEL MEDICAMENTO O INSUMO EVIDENCIA: ACTA DE REUNIÓN O OFICIO DEL SOPORTE.	MODERADO		
61	FARMACOVIGILANCIA	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 MEDIAMENTOS	AFECTACIÓN LEGAL Y ECONOMICA EVENTO ADVERSO	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	BAJA	MODERADO	MODERADO	1	REVISIÓN DE ALERTAS SANITARIAS PERIODICIDAD SEMANALMENTE QUIEN? REFERENTE DEL PROGRAMA EVIDENCIAS: EXCELL DE ALETAS 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: QUIMICO FARMACEUTICO-COMPRAS EVIDENCIA: ESTUDIO DE CONVENIENCIA DEL CONTRATO	MODERADO		
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	Prevalencia del evento adverso	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS	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	DETECCION DE RIESGO DE USO INADECUADO DE OPIOIDES QUIEN:TOXICOLOGIA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: INFORME MENSUAL DE TOXICOLOGIA	MODERADO		
												3	GESTION DEL EVENTO Y/O REPORTE RELACIONADOS DIRECTAMENTE CON EL MEDICAMENTO (DISPENSACION, OPORTUNIDAD, SUFFICIENCIA Y CALIDAD) QUIEN: REFERENTE DE PROGRAMA PERIODICIDAD: CADA VEZ QUE SE PRESENTE EL EVENTO EVIDENCIA: ANALISIS EN ALMERA Y FORMATO PLANES DE MEJORA	MODERADO		

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026

VERSION:	4	VIGENCIA: 2 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026	
ENTIDAD:	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ		
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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 s, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
63	AMBULATORIO / NEUMOLOGIA	REPUTACIONAL	Descompensación o condiciones físicas del paciente	Problemas mecánicos en los equipos, o incorrecta utilización de los equipos	POSIBILIDAD DE CAIDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA	EVENTO ADVERSO O INCIDENTE	RIESGO EN SALUD	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS QUIEN: NEUMOLOGIA 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 NEUMOLOGIA PERIODICIDAD: EN CADA VALORACIÓN INICIAL EVIDENCIA: VALORACIÓN DEL PACIENTE DEVIACIÓN DEL CONTROL: DESCONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES SOBRE LAS RECOMENDACIONES	MODERADO		
64	AMBULATORIO / NEUMOLOGIA	REPUTACIONAL	PACIENTES HOMONIMOS	FALLAS EN LA VERIFICACIÓN CRUZADA	POSIBILIDAD DE ENTREGA EQUIVOCA DE RESULTADOS DE NEUMOLOGIA (TEST DE EJERCICIO, BRONCOPNEUMOTRICIDAD Y POLISOMNOGRAMAS)	DIAGNOSTICO ERRADO RE PROCESOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE	RIESGO EN SALUD	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO A LA ENTEGA DE RESULTADOS (TEST DE EJERCICIO, BRONCOPNEOTRICIDAD Y POLISOMNOGRAMAS) QUIEN: FISIOTERAPEUTA DE NEUMOLOGIA EVIDENCIA: LIBRO DE ENTREGA CUANDO: MENSUAL	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
65	AMBULATORIO / ALTO RIESGO OBSTETRICO	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 (ECOGRAFAS)	EVENTO ADVERSO O INCIDENTE	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO A LA ENTREGA OPORTUNA DE RESULTADOS QUIEN: PERSONAL DE ALTO RIESGO OBSTETRICO PERIODICIDAD: MENSUAL	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE ECOGRAFOS EVIDENCIA: REPORTE DE MANTENIMIENTOS PERIODICIDAD: SEMESTRAL	MODERADO		
66	AMBULATORIO / PATOLOGIA	REPUTACIONAL	Error humano	Error en la identificación de las muestras , en el momento de hacer el procedimiento y lo general la solicitud del examen	POSIBILIDAD DE IDENTIFICACION INCORRECTA DE MUESTRAS DE PATOLOGIA	INCIDENTE Y/O EVENTO ADVERSO EN EL PACIENTE DIAGNOSTICO ERRÓNEO	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	VERIFICACIÓN DE MUESTRAS RECEPCIONADAS EN EL LABORATORIO DE PATOLOGIA Y REGISTRO EN EL LIBRO EVIDENCIA: REGISTRO EN EL LIBRO REMISION DE MUESTRAS SALAS DE CIRUGIA PERIODICIDAD: DIARIO	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	VERIFICACIÓN DE MUESTRAS RECEPCIONADAS EN EL LABORATORIO DE PATOLOGIA EN EL MOMENTO DE INGRESO EVIDENCIA: LIBRO DIGITAL PERIODICIDAD: DIARIO	MODERADO		
												3	ASIGNACIÓN DE NUMERACIÓN DE LAS MUESTRAS QUE CORRESPONDA A LA SOLICITUD DE PATOLOGIA QUIEN: AUXILIAR DE PATOLOGIA CUANDO: DIARIO EVIDENCIA: MATRIZ DE RELACION DE MUESTRAS	MODERADO		
67	AMBULATORIO / PATOLOGIA	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 ERRORENEOS FALSOS POSITIVOS O FALSOS NEGATIVOS	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MAYOR	ALTA	1	CONTROL INTERNO DE CALIDAD PARA CITOLOGIA Y PARA PATOLOGIA DE MUESTRAS ALEATORIAS 10% NEGATIVOS Y 100% POSITIVOS QUIEN: MEDICO PATOLOGO Y CITO HISTOLOGO PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: REGISTRO FORMATO DE ANÁLISIS DE CONTROL DE CALIDAD	MAYOR	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	MAYOR		
68	AMBULATORIO / PATOLOGIA	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 PATOLOGIA POR FALLAS O ALTERACIONES EN LA TEMPERATURA DE LOS EQUIPOS	IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL ANALISIS MORFOLÓGICO Y MICROSCÓPICO DE LA MUESTRA	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	QUE: CONTROL DE TEMPERATURA DE EQUIPOS QUIEN: CITO HISTOLOGO 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		
												3	MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS EN CASO DE PRESENTARSE DESVIACIONES QUIEN: INGENIERO BIOMÉDICO PERIODICIDAD: A DEMANDA EVIDENCIA: REGISTRO DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS	MODERADO		
69	AMBULATORIO / PATOLOGIA	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 PRACTICAS	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	RECEPCIÓN TÉCNICA DE INSUMOS Y REACTIVOS QUIEN: CITO HISTOLOGO PERIODICIDAD: A DEMANDA EVIDENCIA: REGISTRO FORMATO ACTA DE RECEPCIÓN DE INSUMOS Y REACTIVOS RFAL-FI-05	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	VERIFICACIÓN REPORTE DE ALERTA SANITARIA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS REACTIVOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DE LA PÁGINA OFICIAL DEL INVIMA QUIEN: CITO HISTOLOGO PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: REGISTRO EN EL FORMATO	MODERADO		
												3	CONTROL DE CALIDAD INTERNO DE LOS REACTIVOS QUIEN: CITO HISTOLOGO PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: CONTROL ACTA DE RECEPCIÓN DE INSUMOS Y REACTIVOS	MODERADO		

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026

VERSION: 4 VIGENCIA: 2 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026

ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ

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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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 impactos, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
70	AMBULATORIO / NUTRICION	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 médica mientras se define conducta, ausencia de la lista 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 PROLOGADO	Retrasos en el tratamiento del paciente Complicaciones asociadas a la estancia hospitalaria	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DE ALISTAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS A PACIENTES CON EL FIN DE EVITAR ERRORES EN LAS DIETAS A PACIENTES. QUIEN: NUTRICIONISTA DEL ÁREA DE ALIMENTOS PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: INFORME DE VERIFICACIÓN DE CARROS DE DIETAS	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO "SOLICITUD Y DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS A PACIENTES" QUIEN: SUPERVISORA DEL ÁREA DE COCINA, Y NUTRICIONISTA PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: FORMATO DE SOLICITUD DE DIETAS			
												3	CAPACITACIONES SOBRE LOS PROCESOS INTERNOS DE NUTRICIÓN AL PERSONAL DE SERVICIO DE ALIMENTOS QUIEN: OPERARIO DE COCINA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: PERSONAL DE NUTRICIÓN			
												4	SEGUIMIENTO AL SUMISTRO 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			
71	AMBULATORIO / NUTRICION	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 PACIENTES DEBIDO A LA CONTINUIDAD DE SOPORTE NUTRICIONAL DE ACUERDO A LA CONDICIÓN DE SALUD	Estancias prolongadas Complicaciones asociadas a la estancia hospitalaria	RIESGO EN SALUD	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 NT-FT-02 FORMATO DE SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	CAPACITACIONES SOBRE LOS PROCESOS INTERNOS DE NUTRICIÓN AL PERSONAL ASISTENCIAL QUIEN: ÁREA DE NUTRICIÓN PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: ACTAS DE SOCIALIZACIÓN			
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. SILLAS, 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 PSICOMUNICADO O CON MUCHA CEREA	POSIBILIDAD DE CAÍDA DE PACIENTE EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA	EVENTO ADVERSO O INCIDENTE	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	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	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	VERIFICACIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES MEDIANTE LISTA DE CHEQUEO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS QUIEN: PERSONAL DE CARDIOLOGÍA CUANDO: MENSUAL EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO			
												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			
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 DIAGNOSTICO.	EVENTO ADVERSO DIAGNOSTICOS ERRADOS TRATAMIENTO INADECUADO	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	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			
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 DIAGNOSTICOS ERRADOS TRATAMIENTO INADECUADO	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	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			
75	AMBULATORIO / TERAPIA FÍSICA	REPUTACIONAL	FACTORES ASOCIADOS AL COMPORTAMIENTO Y ESTRUCTURAS ANATOMICAS 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	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	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			

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026

VERSION: 4
ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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 impactos, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
76	AMBULATORIO / TERAPIA FISICA	REPUTACIONAL	INSISTENCIA DE LOS PACIENTES AL SERVICIO	INOPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS FALLAS EN LA CONTINUIDAD DE ASISTENCIA A CONTROLES	POSIBILIDAD: RETRASOS EN LA RECUPERACIÓN/REHABILITACIÓN DE PACIENTES	PROLONGACIÓN DE LA ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	ASIGNACIÓN DE CITAS A PACIENTES QUE REQUIEREN TERAPIA FISICA ORDENADO POR ESPECIALISTA O MEDICO GENERAL CUANDO: DIARIAMENTE QUIEN: CENTRAL DE CITAS COMO: SE ASIGNAN POR MEDIO DE SISTEMA DE ASIGNACIÓN DE CITAS EVIDENCIA: ORDEN MEDICA Y AUTORIZACION	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	TRATAMIENTO TERAPÉUTICO A PACIENTES QUE REQUIEREN DEL SERVICIO POR ORDEN MEDICA CUANDO: DIARIAMENTE QUIEN: TERAPISTA FISICA COMO: SE REALIZA INGRESO, VALORACIÓN, Y TRATAMIENTO ESTABLECIDO SEGUN PATOLOGIA EVIDENCIA: EVOLUCION EN HISTORIA CLINICA	MODERADO		
												3	SEGUIMIENTO A CITAS DE TERAPIA FISICA MENSUAL EVIDENCIA: EXCEL DE SEGUIMIENTO A CITAS DE TERAPIA FISICA	MODERADO		
												4	ENTREGA PLAN CASERO PARA REALIZAR TRATAMIENTO EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE QUE NO PUEDEN ASISTIR CONTINUAMENTE A LA INSTITUCION QUIEN: TERAPISTA FISICA O AUXILIAR DE TERAPIAS CUANDO: CADA VEZ QUE SE IDENTIFIQUE LA NECESIDAD EVIDENCIA: REGISTRADO EN LA HISTORIA CLINICA	MODERADO		
77	AMBULATORIO / TERAPIA FISICA	REPUTACIONAL	ALTERACIÓN EN LA SENSIBILIDAD DEL PACIENTE	FALLAS EN EL CONTROL DE TEMPERATURA DEL HIDROCOLECTOR	POSIBILIDAD DE QUEMADURAS POR PAQUETE CALIENTE DURANTE EL TRATAMIENTO DE TERAPIA FISICA	EVENTO ADVERSO O INCIDENTE	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS	PROCESO	MUY ALTA	LEVE	ALTA	1	IDENTIFICACION DE PATOLOGIAS DE PACIENTES QUE PUEDAN PRESENTAR SENSIBILIDAD A NIVEL INTEGUMENTARIO QUIEN: TERAPISTA FISICA, AUXILIAR DE TERAPIAS CUANDO: CUANDO EL PACIENTE INGRESA POR PRIMER VEZ Y SE REALIZA VALORACION INICIAL EVIDENCIA: MATRIZ DE ATENCION MENSUAL CON OBSERVACIONES DE SENSIBILIDAD	LEVE	BAJO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	MANTENIMIENTO DEL HIDROCOLECTOR Y TANQUE DE PARAFINA QUIEN: BIOMEDICO CUANDO: CUATRIMESTRAL EVIDENCIA: HOJA DE VIDA DEL EQUIPO	LEVE		
78	AMBULATORIO / TERAPIA RESPIRATORIA	REPUTACIONAL	FALLAS CON LA MAQUINA DE GASES ARTERIALES O FALTA DE INSUMOS EN EL CARRO DE PARO PARA LA ATENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA	FALTA DE EXPERIENCIA O DESCONOCIMIENTO EN TECNICAS PARA MANEJO DE TERAPIAS	POSIBILIDAD DE PRESENTARSE EVENTOS ADVERSOS DERIVADOS DE FALLAS EN PROCEDIMIENTOS DE TERAPIA RESPIRATORIA	INSATISFACCIÓN DEL USUARIO COMPLICACIONES RELACIONADAS EN LA ATENCION DE TERAPIA	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	CAPACITACION DEL PERSONAL EN TEMAS RELACIONADOS A SEGURIDAD DEL PACIENTE Y NECESIDADES DEL SERVICIO QUIEN: LIDER DE TERAPIA RESPIRATORIA CUANDO: TRIMESTRAL EVIDENCIA:ACTA DE SOCIALIZACION , LISTADOS DE ASISTENCIA.	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	REVISIÓN DE CARROS DE PARO POR LOS DIFERENTES SERVICIOS QUIEN: TERAPISTA LIDER DEL SERVICIO EN COMPAÑIA DEL SERVICIO CUANDO: MENSUAL EVIDENCIA: ACTA DE REVISIÓN CARRO DE PARO	MODERADO		
												3	CALIBRACIONES DE LA MAQUINA DE GASES ARTERIALES QUIEN: TERAPISTA AREA DE HOSPITALIZACIÓN TURNO MAÑANA CUANDO: DIARIA EVIDENCIA: LIBRO DE CONSOLIDACIÓN DE TIRILLAS Y ACTA MENSUAL CON LA DESCRIPCION DE LAS DESVIACIONES	MODERADO		
												4	CONTROLES DE CALIDAD EXTERNO A LA MAQUINA DE GASES ARTERIALES CUANDO: MENSUAL QUIEN: LIDER DE TERAPIA EVIDENCIA: TIRILLA CON EL FORMATO DE ANALISIS CON EL SERVICIO DE LABORATORIO	MODERADO		
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 ATENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA	AUMENTO DE LA ESTANCIA INADECUADA PERCEPCION DEL SERVICIO	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY 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 ATENCION	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 FALTA DE SEGUIMIENTO A LOS CUADROS DE ACTIVIDADES ALTO VOLUMEN DE PACIENTES	AUMENTO DE LA ESTANCIA INADECUADA PERCEPCION DEL SERVICIO	POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD EN LA ATENCION DE TERAPIA DE FONOAUDIOLOGIA	AUMENTO DE LA ESTANCIA INADECUADA PERCEPCION DEL SERVICIO	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY 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: MENSUAL EVIDENCIA: EXCEL DE OPORTUNIDAD	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		

 Hospital San Rafael de Fusagasugá <i>"Hospital humano, hospital comprometido"</i>													Código y Versión PL17-12-V04			
															Página	
FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026																
VERSION:		4		VIGENCIA: 2 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026												
ENTIDAD:		E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA														
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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 impactos, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
81	AMBULATORIO / TERAPIA DE FONOAUDIOLOGIA	REPUTACIONAL	DESCONOCIMIENTO DE TECNICA	DESCONOCIMIENTO DE TECNICA	POSIBILIDAD DE PRESENTARSE EVENTOS ADVERSOS DERIVADOS DE FALLAS EN PROCEDIMIENTOS DE TERAPIA DE FONOAUDIOLOGIA	INSATISFACCION DEL USUARIO COMPLICACIONES RELACIONADAS EN LA ATENCION DE TERAPIA	RIESGO EN SALUD	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	CAPACITACION 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 TECNICA INCORRECTA EN LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS	PROBABILIDAD DE COMPLICACIONES Y/O EVENTOS ADVERSOS EN PROCEDIMIENTOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA	COMPLICACIONES Y/O EVENTOS ADVERSOS	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS	PROCESO	MUY 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	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												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		
												3	VERIFICACION DE LA LIMPIEZA Y DESINFECCION 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 IMAGENES DIAGNOSTICOS RETRASO EN EL PROCESO DE REPORTE DE LABORATORIOS	DEMORA EN LA RESPUESTA DE LA INTERCONSULTA SOLICITADAS	POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD DE LA ATENCION DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	AUMENTO EN LAS NOVEDADES DE SEGURIDAD INSATISFACCION DEL USUARIO	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO A LOS TIEMPOS DE RESPUESTA A INTERCONSULTAS Y A TIEMPOS DE TRIAGE QUIEN: COORDINACION DE URGENCIAS CUANDO: MENSUAL MEDIO DE VERIFICACION: 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 ATENCION EN SALUD	AUMENTO EN LAS NOVEDADES DE SEGURIDAD	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	DISEÑO DE ESTRATEGIAS LUDICOPEDAGOGICAS DE SOCIALIZACION DEL PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE HIGIENE DE MANOS PERIODICIDAD: TRIMESTRAL QUIEN: REFERENTE DEL SERVICIO EVIDENCIA: INFORME TRIMESTRAL	MODERADO	BAJO	REDUCIR
												2	REALIZAR LA OBSERVANCIA DE LA APLICACION DE LOS MOMENTOS DE HIGIENE DE MANOS PARA LA MONITORIZACION DEL INDICADOR. PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO QUIEN: PERSONAL DE ENFERMERIA	MODERADO		
85	URGENCIAS	REPUTACIONAL	1. SILLAS, CAMILLAS Y CAMAS EN CONDICIONES INADECUADAS (SIN FRENSOS, BARANDAS ABAJO O DAÑADAS). 2. USUARIOS SIN ACOMPAÑAMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL, ENCARGADO(AUXILIAR DE ENFERMERIA, CAMILLERO) O FAMILIAR. 3. NO IDENTIFICACION DEL RIESGO DEL PACIENTE EN MANILLA DE IDENTIFICACION 4. CONDICIONES INADECUADAS DEL PISO(MOJADO O CON MUCHA CERA) 5. CONDICIONES DEL USUARIO QUE PUEDAN AFECTAR SU EQUILIBRIO. ALTERACION DE LA MARCHA ALTERACIONES VISUALES USUARIOS CON ALGUNA CONDICION ESPECIAL(DISCAPACIDAD)	1. SILLAS, CAMILLAS Y CAMAS EN CONDICIONES INADECUADAS (SIN FRENSOS, BARANDAS ABAJO O DAÑADAS). 2. USUARIOS SIN ACOMPAÑAMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL, ENCARGADO(AUXILIAR DE ENFERMERIA, CAMILLERO) O FAMILIAR. 3. NO IDENTIFICACION DEL RIESGO DEL PACIENTE EN MANILLA DE IDENTIFICACION 4. CONDICIONES INADECUADAS DEL PISO(MOJADO O CON MUCHA CERA)	POSIBILIDAD DE CAIDA DE PACIENTE EN EL SERVICIO	EVENTO ADVERSO O INCIDENTE	EJECUCION Y ADMINISTRACION DE PROCESOS	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	REALIZAR CAPACITACION EL PAQUETE INSTRUCCIONAL DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAIDASQUIEN: REFERENTE DE PAQUETE INSTRUCCIONAL PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: LISTADOS DE ASISTENCIA CON MEDICIÓN DE ADHERENCIA	MODERADO	MODERADO	
												2	APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE CAIDASQUIEN: REFERENTE DE PAQUETE INSTRUCCIONAL PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO APLICADA			
86	URGENCIAS / IMÁGENES DIAGNOSTICAS	REPUTACIONAL	INOPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS	TIEMPOS PROLONGADOS DE LECTURA DE RADIOGRAFIA CONVENCIONAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION QUE AFECTAN LA CONDUCTA DEFINITIVA DEL PACIENTE POR PARTE DEL MEDICO	POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE RADIOGRAFIA Y TAC PARA URGENCIAS, CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION	MALA CONDUCTA TERAPEUTICA REINGRESOS	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO A LOS TIEMPOS DE LECTURA DESDE EL SISTEMA DE INFORMACION - PLATAFORMA RAMSOFT Y DINAMICA GERENCIAL QUIEN: REFERENTE DE RADIOLOGIA Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: FORMATO DE SEGUIMIENTO A TIEMPOS DE RADIOLOGIA PARA QUE: CONTROLAR LOS TIEMPOS DE	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	PRIORIZACION DE ENTREGA DE RESULTADOS ENTREGADOS DE RADIOLOGIA 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		

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026

VERSION:	4	VIGENCIA: 2 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026
ENTIDAD:	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ	
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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 impactos, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
87	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	RIESGO EN SALUD	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: INFORME DE DINÁMICA OPORTUNIDAD EN ESTUDIOS DE IMAGENOLÓGIA	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	VERIFICACIÓN ESTUDIOS PENDIENTES POR EL SERVICIO DE CAMILLEROS QUIEN: CAMILLEROS PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: FORMATO DE TRAZABILIDAD DE ESTUDIOS DE RAYOS X Y TAC QUE ESTAN PROGRAMADOS Y ECOGRAFIA Y DOPPLER QUE ESTAN EN AREAS ASISTENCIALES	MODERADO		
												3	VALIDACIÓN DE GRUPO DE WHATSAPP EN ARTICULACIÓN CON EL GRUPO DE CAMILLEROS PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: COPIA DEL WHATSAPP	MODERADO		
88	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 MEDICOS DE CONTRASTE	EVENTO ADVERSO	RIESGO EN SALUD	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO A LOS ESTUDIOS CONTRASTADOS DONDE SE INDICA 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
89	URGENCIAS / IMÁGENES DIAGNOSTICAS	REPUTACIONAL	TECNICA INADECUADA EN LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS	TECNICA INADECUADA EN LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS	POSIBILIDAD DE SOBRE EXPOSICIÓN A RADIACIÓN POR ESTUDIOS RECHAZADOS	EXPOSICIÓN INNECESARIA (PRACTICAS DE PROTECCIÓN RADIOLOGICAS)	RIESGO EN SALUD	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	APLICACIÓN DE 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
90	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	RIESGO EN SALUD	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
91	URGENCIAS / REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA	ECONOMICO	1.MALA CALIDAD DE LA REMISIÓN SIN PERTINENCIA 2. SEGUIMIENTO INADECUADO DEL PROCESO DE REMISIÓN 3. TIEMPOS PROLONGADOS EN EL PROCESO DE SALIDA DE 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	RIESGO EN SALUD	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	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 BITÁCORAS DE REMISIÓN	MODERADO		
												3	BITÁCORA DE RADICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE REMISIÓN - DINÁMICA GERENCIAL QUIEN: REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA PERIODICIDAD: CUANDO OCURRE LA REMISIÓN EVIDENCIA: DINÁMICA GERENCIAL	MODERADO		
												4	SEGUIMIENTO AL TRASLADO DEL PACIENTE MEDIANTE BITÁCORA DE TRASLADO DE PACIENTE QUIEN: REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA PERIODICIDAD: CADA QUE SE TRASLADA EL PACIENTE EVIDENCIA: BITÁCORA DE TRASLADO	MODERADO		
												5	SEGUIMIENTO 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		
92	URGENCIAS / REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA	ECONOMICO	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO INSUFICIENTE DE AMBULANCIAS COMPLICACIONES DEL PACIENTE, PERDIDA DEL EXAMEN O CAMA POR DEMORA EN TRASLADO RETRASOS EN ADQUISICION DE RESPUESTOS USO INADECUADO DE LOS VEHICULOS AMBULANCIAS FALTA DE CUMPLIMIENTO AL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	FALTA DE PRESUPUESTO ASIGNADO PARA MANTENIMIENTO Y RENOVACIÓN DE AMBULANCIAS OBSOLESCENCIA Y DESGASTE DEL PARQUE AUTOMOTOR	POSIBILIDAD DE RETRASO EN LA ATENCIÓN OPORTUNA DE PACIENTES DEBIDO A AVERIAS MECANICAS EN LAS AMBULANCIAS	RETRASO EN LA ATENCIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES INCREMENTO DE LA MORBILIDAD DE PACIENTES EN ESTADO CRITICO INCUMPLIMIENTO EN LOS TIEMPOS DE RESPUESTA ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCION QUEJAS, RECLAMOS Y SANCIONES POR PARTE DE USUARIOS Y ENTES DE CONTROL	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: FORMATO DE PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	MODERADO	MODERADO	
												2	SEGUIMIENTO A ENTREGA DE TURNO DE CONDUCTOR PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA FORMATO ENTREGA DE TURNO CONDUCTOR	MODERADO		
93	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 ERRONEOS AL USUARIO RETRASOS EN EL TRATAMIENTO Y DIAGNOSTICO DEL PACIENTE TRATAMIENTO INADECUADO	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	menor	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 CODIGO 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-59 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: POSTEST, LISTADO DE ASISTENCIA Y ACTA	MEJOR		

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026

VERSION: 4
ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
94	APOYO DIAGNOSTICO / LABORATORIO CLINICO 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	EMISION DE RESULTADOS INCONGRUENTES CON LA CLINICA DEL PACIENTE	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	4	APLICACION LISTA DE CHEQUEO PAQUETE INSTRUCCIONAL GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENTE Y LAS MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO FASE PRE ANALITICA FORMATO DT-LC-FT-57 FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE PAQUETE PARA GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENTE Y LAS MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO FASE PRE ANALITICA. PERIODICIDAD: MENSUAL	Menor	MODERADO	REDUCIR
												5	VERIFICACION CRUZADA DE IDENTIFICACION DE LA MUESTRA (TUBO, STIKER VS SISTEMA) ANTES DE LA VALIDACION DE RESULTADOS EVIDENCIA: FORMATO DT-LB-FT-21 LISTA DE CHEQUEO DE PAQUETE INSTRUCCIONAL PERIODICIDAD: TRIMESTRAL	Menor		
												1	MANTENIMIENTO DIARIO DE LOS EQUIPOS DE LABORATORIO PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTOS DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS	Moderado		
												2	APLICACION DE LISTAS DE CHEQUEO PARA GARANTIZAR LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES FORMATO REGISTRO DE ACTIVIDADES AREA DE PROCESAMIENTO CON CODIGO DT-LC-FT-36 PERIODICIDAD: DIARIA	Moderado		
												3	SEGUIMIENTO A CONTROL DE CALIDAD INTERNO PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: FORMATO BITACORA SEGUIMIENTO A CONTROL DE CALIDAD INTERNO CON CODIGO DT-LC-FT-04	Moderado		
												4	ANALISIS SEGUIMIENTO DEL CONTROL DE CALIDAD EXTERNO PERIODICIDAD: MENSUAL FORMATO SEGUIMIENTO CONTROL DE CALIDAD EXTERNO DT-LC-FT-28	Moderado		
95	APOYO DIAGNOSTICO / LABORATORIO CLINICO	REPUTACIONAL	OMISION O NO VERIFICACION DE LOS RESULTADOS ANTES DE SER VALIDADOS	FALTA DE ADHERENCIA AL INSTRUCTIVO DE NOTIFICACION DE VALORES CRITICOS	PROBABILIDAD DE REPORTE INOPORTUNO DE RESULTADOS CON VALORES CRITICOS	EVENTO ADVERSO O MUERTE DEL PACIENTE RETRASOS EN EL TRATAMIENTO ADECUADO PROLONGACION DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA	RIESGO EN SALUD	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	NOTIFICACION DE VALORES CRITICOS EVIDENCIA: FORMATO DT-LC-FT-23 V01 FORMATO NOTIFICACION DE VALORES CRITICOS SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION Y CONSULTA EXTERNA PERIODICIDAD: DIARIO	Moderado	MODERADO	REDUCIR
												2	CAPACITACION EN LA NOTIFICACION DE RESULTADOS CON VALORES CRITICOS PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: POSTEST, LISTADO DE ASISTENCIA Y ACTA	Moderado		
96	APOYO DIAGNOSTICO / LABORATORIO CLINICO	REPUTACIONAL	OMISION O NO VERIFICACION DE IDENTIDAD DE LOS PACIENTES O USUARIOS EN LA ENTREGA DE RESULTADOS	FALTA DE ADHERENCIA AL PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA DE RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO	PROBABILIDAD DE ENTREGA DE RESULTADO DE LABORATORIO A USUARIO EQUIVOCADO	RETRASOS EN EL TRATAMIENTO Y DIAGNOSTICO DEL PACIENTE	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	VALIDACION DE ENTREGA DE RESULTADOS EVIDENCIA: FORMATO DE ENTREGA DE RESULTADOS PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: FORMATO REGISTRO DE MUESTRAS PENDIENTES Y ENTREGA DE RESULTADOS DE LABORATORIO CODIGO DT-LC-FT-15	Moderado	MODERADO	REDUCIR
												2	VERIFICACION DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD FRENTE A SOFTWARE DE LABORATORIO CLINICO PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO DT-LC-FT-59 MEDICION DEL CICLO DE ATENCION DE LABORATORIO CLINICO	Moderado		
97	APOYO DIAGNOSTICO / LABORATORIO CLINICO TOMA DE MUESTRAS	REPUTACIONAL	ERRORES O FALLAS EN LA TOMA DE MUESTRAS	FALTA DE ADHERENCIA DEL PERSONAL A LOS PROCESOS DEL LABORATORIO	PROBABILIDAD DE TOMA DE MUESTRAS A PACIENTES QUE NO CUMPLEN CON LAS CONDICIONES PREANALITICAS DE PREPARACION	REPROCESOS EN LA ATENCION DEL PACIENTE RETRASOS EN EL DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PREANALITICAS DEL PACIENTE PARA LA TOMA DE LA MUESTRA QUEEN: PERSONAL DEL LABORATORIO CUANDO MENSUAL EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO DT-LC-FT-57	Moderado	MODERADO	REDUCIR
												2	DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE DESPLIEGUE DE LAS CONDICIONES PREANALITICAS PARA TOMA DE LABORATORIOS QUEEN: PERSONAL DE LABORATORIO CUANDO SEMESTRAL	Moderado		
98	APOYO DIAGNOSTICO / LABORATORIO CLINICO TOMA DE MUESTRAS	REPUTACIONAL	FALLAS EN TOMA DE MUESTRAS FALTA DE ADHERENCIA DEL PERSONAL	MUESTRA COAGULADA MUESTRA HEMOLIZADA MUESTRA EN TUBO O MEDIO EQUIVOCADO MUESTRA INSUFICIENTE MUESTRA MAL O NO ROTULADA VOLUMEN INADECUADO RESULTADOS DISCREPANTES CONDICIONES DEL PACIENTE	PROBABILIDAD DE RECHAZO DE MUESTRAS DE LABORATORIO	SOLICITUD DE NUEVA MUESTRA DOBLE PUNCIÓN DEL PACIENTE INOPORTUNIDAD EN EL REPORTE	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	CAPACITACION EN LA TOMA DE MUESTRAS PERIODICIDAD: CUATRIMESTRAL EVIDENCIA: POSTEST, LISTADO DE ASISTENCIA Y ACTA	Moderado	MODERADO	REDUCIR
												2	AUDITORIA A LA FASE PRE ANALITICA DEL LABORATORIO PERIODICIDAD: ANUAL EVIDENCIA: INFORME DE AUDITORIA	Moderado		
												3	SEGUIMIENTO AL PAQUETE INSTRUCCIONAL DE CORRECTA IDENTIFICACION DEL PACIENTE Y MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO DT-LC-FT-57	Moderado		
												4	SEGUIMIENTO A PRODUCTO NO CONFORME PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: MATRIZ DE PRODUCTO NO CONFORME DT-LC-FT-30	Moderado		
												5	AUDITORIA DE PRODUCTO NO CONFORME PERIODICIDAD: ANUAL EVIDENCIA: INFORME DE AUDITORIA	Moderado		

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026

VERSION: 4
ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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 s, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
99	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	RIESGO EN SALUD	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 CLÍNICA 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 DT-BS-FI-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 DT-BS-FI-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 VIABILIDAD DE LA UNIDAD QUIEN: BACTERIOLOGOS DE CADA AREA PERIODICIDAD: SEMANAL O SEGUN NECESIDAD EVIDENCIA: IMPRESOS DE LOS RESULTADOS	MODERADO		
100	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	RIESGO EN SALUD	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	SOCIALIZACIÓN DEL PAQUETE INSTRUCCIONAL PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS AL MANEJO Y DISPONIBILIDAD DE SANGRE Y HEMO COMPONENTES A ENFERMERIA, SERVICIO PRETRANSFUSIONAL Y MEDICOS 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-BS-FI 55 "FORMATO DE RONDAS DE SEGURIDAD DE HEMO VIGILANCIA E INFORME" REALIZACIÓN DE PRUEBAS Y REGISTRO EN EL SISTEMA HEXABANK PERIODICIDAD: DIARIO QUIEN: REFERENTE DE BANCO DE SANGRE	MODERADO		
101	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 BS Y SGP	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	RIESGO EN SALUD	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 STOK 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		
102	APOYO DIAGNOSTICO / HEMOVIGILANCIA	REPUTACIONAL	Incorrecta practica transfusional	Manejo incorrecto de la sangre en cuanto a sus condiciones de almacenamiento	POSIBILIDAD DE 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	RIESGO EN SALUD	PROCESO	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-FI-01 SOLICITUD DE RESERVA Y/O TRANSFUSION DE COMPONENTES SANGUINEOS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	RECEPCIÓN 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 RECEPCIÓN Y ENTREGA DE MUESTRAS Y COMPONENTES BS-FI-32	LEVE		
												3	CONTROL DE TRANSFUSIONES MEDIANTE FORMATO DONDE SE VERIFICAN LAS CONDICIONES PARA LA TRANSFUSION QUIEN: PERSONAL QUE REALIZA LA TRANSFUSION PERIODICIDAD: CADA QUE SE REALIZA UNA TRANSFUSION EVIDENCIA: FORMATO DE CONTROL DE TRANSFUSION DT-BS-FI-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 VERIFICACIÓN HEMOVIGILANCIA Y PAQUETE INSTRUCCIONAL DE BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE GESTION PRETRANSFUSIONAL DT-BS-FI-60	MODERADO		

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026

VERSION:	4	VIGENCIA: 2 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026
ENTIDAD:	E. S. E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ	
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
103	APOYO DIAGNOSTICO / REACTIVOVIGILANCIA	REPUTACIONAL	Fallas en las Condiciones de acondicionamiento	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	AFECTACIÓN ECONOMICA	RIESGO EN SALUD	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	RONDAS DE SEGURIDAD PARA REALIZAR BUSQUEDA ACTIVA DE NOVEDADES DE SEGURIDAD RELACIONADAS CON RDV QUIEN: PERSONAL ASISTENCIAL DE APOYO DIAGNOSTICO Y REFERENTE DEL PROGRAMA DE REACTIVOVIGILANCIA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: FORMATO DE VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO A REACTIVOS DE DIAGNOSTICO IN VITRO DE LOS SERVICIOS DT-85-FI-61	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
104	APOYO DIAGNOSTICO / REACTIVOVIGILANCIA	REPUTACIONAL	FALLAS EN EL SEGUIMIENTO DE LA RECEPCIÓN DE REACTIVOS	FALLAS EN EL SEGUIMIENTO DE LA RECEPCIÓN DE REACTIVOS	POSIBILIDAD DE RECEPCIÓN Y USO DE REACTIVOS QUE NO CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE CALIDAD ESTABLECIDOS	DEMANDAS O PROCESOS LEGALES APOYO DIAGNOSTICO INOPORTUNO RESULTADOS INCORRECTOS O IMPRECISOS	RIESGO EN SALUD	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	RECEPCIÓN TÉCNICA DE REACTIVOS QUIEN: APOYO ADMINISTRATIVO AL PROCESO DE APOYO DIAGNOSTICO PERIODICIDAD: CADA VEZ QUE LLEGAN LOS REACTIVOS E INSUMOS EVIDENCIA: FORMATO DT-LC-FI-14 KARDEX DE INSUMOS Y/O REACTIVOS RF-AL-FI-03	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
105	QUIRÚRGICAS	ECONOMICO	NO DISPONIBILIDAD DE SALA NO DISPONIBILIDAD DE INSUMOS NO DISPONIBILIDAD DE ESPECIALISTAS	FALLAS EN EL SEGUIMIENTO A LA PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS	POSIBILIDAD DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍAS DEBIDO A CAUSAS INSTITUCIONALES	INSATISFACCIÓN DEL PACIENTE INOPORTUNIDAD PARA EL ACCESO AL PROCEDIMIENTO DISMINUCIÓN EN LA PROGRAMACIÓN DE CIRUGIA	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA 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 CIRUGÍAS 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 CIRUGÍA QUIEN: AUXILIAR DE SALA PERIODICIDAD: DIARIO (LUNES - A VIERNES) EVIDENCIA: VERIFICACIÓN REGISTRADA EN DINÁMICA GERENCIAL	MODERADO		
106	QUIRÚRGICAS	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	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY 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	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. EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO EN ALMERA QUIEN: REFERENTE DE SALAS DE CIRUGIA	MODERADO		
107	QUIRURGICAS /ESTERILIZACIÓN	REPUTACIONAL	FALLAS 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	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	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	NUOVA CARGA DEL MATERIAL CUANDO EL INDICADOR BIOLÓGICO ES POSITIVO PERIODICIDAD: EN DESVACIÓN DEL INDICADOR QUIEN: OPERARIO DE ESTERILIZACIÓN EVIDENCIA: FOLIO DE CARGAS	MODERADO		
108	QUIRURGICAS /ESTERILIZACIÓN	REPUTACIONAL	FALLAS EN LAVANDERÍA QUE AFECTAN LA CANTIDAD DE ROPA DE TELA PARA PAQUETES DE ROPA Y ENVOLVEDOROS 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 PERÍODO	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	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	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 PERIODICIDAD: SEMANAL 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		

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026

VERSION:	4	VIGENCIA: 2 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026
ENTIDAD:	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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 impactos, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No. Control	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
109	QUIRURGICAS ESTERILIZACION	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 PERÓXIDO	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	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	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 CIRUGÍA MEDIANTE FORMATO "SEGUIMIENTO ENTREGA DE ROPA A CIRUGÍA" QUIEN: REFERENTE DE ESTERILIZACIÓN PERIODICIDAD: MENSUAL PARA QUE: PODER LLEVAR EL CONTROL DE ROPA ENTREGADA A LAVANDERÍA EVIDENCIA: FORMATO "SEGUIMIENTO ENTREGA DE ROPA A CIRUGÍA"	MODERADO		
110	HOSPITALIZACIÓN	REPUTACIONAL	Error en la identificación del rollo de soluciones, mezclas y demás identificación incorrecta en la manilla y/o tablero Error Humano	Error en la identificación del rollo de soluciones, mezclas y demás identificación incorrecta en la manilla y/o tablero	POSIBILIDAD DE IDENTIFICACIÓN INCORRECTA DE PACIENTES EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES	INCIDENTE Y/O EVENTO ADVERSO DEL PACIENTE DIAGNÓSTICO ERRÓNEO	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA		CAPACITACIONES SOBRE EL PAQUETE INSTRUCCIONAL ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES QUIEN: REFERENTE DE PAQUETE INSTRUCCIONAL PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: LISTADOS DE ASISTENCIA CON MEDICIÓN DE ADHERENCIA	MODERADO	MODERADO	
													APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE QUIEN: REFERENTE DE PAQUETE INSTRUCCIONAL PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO APLICADA	MODERADO		
													APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO DE ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE QUIEN: REFERENTE DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO APLICADA	MODERADO		
													EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES LUDICOPEDAGÓGICAS PARA DESPLIEGUE DEL PAQUETE INSTRUCCIONAL QUIEN: REFERENTE DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: LISTADOS DE ASISTENCIA, REGISTRO FOTOGRÁFICO	MODERADO		
111	HOSPITALIZACIÓN	ECONÓMICO	Combinación de factores como: carencia de controles en el proceso. Programación errónea de talento humano, inadecuadas políticas de operación relacionadas con la infraestructura y tecnología que pueden ocasionar la cancelación del procedimiento quirúrgico	INTERIENOS: 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. Fallas en la programación del talento humano 1.3. Deficiencias con la capacidad instalada para la ejecución de los procedimientos quirúrgicos 1.4. Condiciones clínicas y/o de evolución del paciente 1.5. Carencia de controles en la actividad de	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	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	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		
112	HOSPITALIZACIÓN	ECONÓMICO	Falta de adherencia a las guías de práctica clínica que genere in oportunidad en la toma de conducta médica	1. Falta de adherencia a las guías de práctica clínica que genere in oportunidad en la toma de conducta médica. 2. Desconocimiento de los procedimientos y protocolos institucionales, 3. Inadecuada interpretación de apoyo diagnóstico.	POSIBILIDAD DE REINGRESOS MENORES DE 15 DÍAS POR FACTOR ASOCIADO A PERTINENCIA MÉDICA	AUMENTO DE INFECCIONES ISO	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MAYOR	ALTA	1	AUDITORIA DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA. QUIEN: AUDITORIA DE CALIDAD (GPC) CUANDO: TRIMESTRAL PARA QUE: AUDITAR Y SOCIALIZAR TRIMESTRALMENTE EL RESULTADO DE LAS AUDITORIA 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.	MAYOR	MODERADO	REDUCIR
												2	ANÁLISIS DE REINGRESOS MENORES DE 15 DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN. QUIEN: LÍDER DE APOYO COORDINACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN. CUANDO: MENSUALMENTE PARA QUE: ANALIZAR Y SOCIALIZAR TRIMESTRALMENTE EL RESULTADO DE LAS AUDITORIA DE ADHERENCIA PARA INTERVENIR LAS DESVIACIONES ENCONTRADAS CON EL PERSONAL MÉDICO INFORME DE INGRESAR. COMO: A TRAVÉS DEL SEGUIMIENTO DE REINGRESOS.	MODERADO		
113	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	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	DISEÑO DE ESTRATEGIAS LUDICOPEDAGÓGICAS DE SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE HIGIENE DE MANOS PERIODICIDAD: MENSUAL QUIEN: REFERENTE DEL SERVICIO EVIDENCIA: INFORME MENSUAL	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	RONDAS DE VERIFICACIÓN DE ADHERENCIA AL CORRECTO LAVADO DE MANOS EVIDENCIA: INFORME DE LA RONDA PERIODICIDAD: TRIMESTRAL	MODERADO		
114	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 RECEN NACIDOS COMO SEPSIS Y ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE DEL RECEN NACIDO	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MEDIA	CATÁSTROFICO	EXTREMO	1	ANÁLISIS DE PRUEBAS DE SELECCIÓN Y CLASIFICACIÓN A TRAVÉS DE PRUEBAS DOMIC Y CREMATOCRITOS REALIZADOS QUIEN: JEFE O NUTRICIONISTA PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: PLATAFORMA SAMI, FORMATO DE LINEAMIENTOS DEL BANCO DE LECHE	CATÁSTROFICO	EXTREMO	REDUCIR
												2	ANÁLISIS DE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS REALIZADAS QUIEN: JEFE O NUTRICIONISTA O MÉDICO DEL BANCO DE LECHE PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: REPORTE EN SAMI (SISTEMA DE ACOMPAÑAMIENTO MATERNO INFANTIL)	CATÁSTROFICO		
												3	CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE BANCO DE LECHE EN LINEAMIENTOS DEL BANCO DE LECHE HUMANO QUIEN: JEFE DEL SERVICIO / GOBERNACIÓN / RED IBEROAMERICANA DE BANCOS DE LECHE PERIODICIDAD: ANUAL EVIDENCIA: CERTIFICACIONES	CATÁSTROFICO		

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026

VERSION: 4
ENTIDAD: E. S. E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No. CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
115	HOSPITALIZACIÓN / BANCO DE LECHE	ECONOMICO	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	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MEDIA	MODERADO	MODERADO	1	REALIZAR CONSERVACIÓN EN LACTANCIA MATERNA DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 3280 DEL MINISTERIO DE SALUD A TODA LACTANTES NIÑOS Y NIÑAS EN PROCESO DE LACTANCIA QUIEN: 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 QUIEN: AUXILIARES DE ENFERMERÍA PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: LIBROS DE ASESORÍA Y NOTAS DE ENFERMERÍA	MODERADO		
												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		
116	HOSPITALIZACIÓN / BANCO DE LECHE	ECONOMICO	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	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MAYOR	ALTA	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: DIARIA EVIDENCIA: FICHAS DE DONANTES APTAS Y NO APTAS PERIODICIDAD: MENSUAL	MAYOR		
117	HOSPITALIZACIÓN / UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	ECONOMICO	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	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	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	MODERADO	REDUCIR
												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		
												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		
118	HOSPITALIZACIÓN / UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	ECONOMICO	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	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	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	MODERADO	REDUCIR
												2	DISEÑO DE ESTRATEGIAS LUDICOPEDAGÓGICAS DE SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE HIGIENE DE MANOS QUIEN: REFERENTE DEL SERVICIO EVIDENCIA: INFORME MENSUAL	MODERADO		
												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		
119	HOSPITALIZACIÓN / UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	ECONOMICO	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	RIESGO EN SALUD	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN AL INGRESO DEL PACIENTE	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: LISTAS DE CHEQUEO APLICADAS	MODERADO		
												3	CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: ACTA DE REUNIÓN, LISTA DE ASISTENCIA Y POSTES	MODERADO		
120	GESTIÓN FINANCIERA / CONTRATACIÓN	ECONOMICO	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	RIESGO OPERACIONAL	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

 Hospital San Rafael de Fusagasugá <i>"Hospital humano, hospital comprometido"</i>												Código y Versión PLT-12-V04				
														Página		
FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026																
VERSION:		4		VIGENCIA: 2 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026												
ENTIDAD:		E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA														
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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 s, 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
121	GESTIÓN FINANCIERA / CONTRATACIÓN	ECONOMICO	DESCONOCIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE CONTRATACIÓN	FALLAS EN LA REVISIÓN DE REQUISITOS EN LA CONTRATACIÓN DE BIENES O SERVICIOS	POSIBILIDAD DE MULTAS SANCION ECONOMICA POR INCUMPLIMIENTO DE REQUISITOS EN LA CONTRATACIÓN DE BIENES O SERVICIOS	Impacto en la sostenibilidad financiera Demoras y obstáculos operativos Impacto económico	RIESGO OPERACIONAL	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 SE HAYAN COMETIDO EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO	MAYOR		
												4	REVISIÓN DE EXPEDIENTES EN LA ETAPA POSCONTRACTUAL QUIEN: REFERENTE Y COORDINADOR DE CONTRATACIÓN PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: CORREO ELECTRÓNICO CON OBSERVACIONES Y REQUERIMIENTOS PARA QUE: SUBSANAR ERRORES EN ETAPAS PREVIAS	MODERADO		
122	GESTIÓN FINANCIERA / CONTRATACION	ECONOMICO	FALTA DE PLANEACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA INFORMACION REPORTADA	FALLAS EN EL CARGUE DE INFORMACIÓN	PROBABILIDAD DE SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO EN EL CARGUE DE LA INFORMACION EN LA PLATAFORMA SIA OBSERVA	Sanciones legales y financieras	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	ALTA	MAYOR	ALTA	1	SEGUIMIENTO AL CARGUE DE LA INFORMACION EN LA PLATAFORMA SIA OBSERVA CUANDO: MENSUAL QUIEN: PERSONAL DE CONTRATACIÓN EVIDENCIA: PANTALLAZOS DEL CARGUE	MAYOR	ALTA	REDUCIR
123	GESTIÓN FINANCIERA / AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS - GLOSAS	ECONOMICO	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 ANALISIS, RECEPCIÓN, REGISTRO EN DINAMICA GERENCIAL, TRAMITE DE RESPUESTA.	Señalo en la información Debilidades en las actividades de control y no permitiría la trazabilidad de forma eficiente	RIESGO DE CREDITO RIESGO DE LIQUIDEZ	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.	MENOR	MODERADO	REDUCIR
												2	VERIFICACIÓN EN CRUCES CONJUNTOS CON EL ÁREA DE CARTERA LAS GLOSAS O DEVOLUCIONES PENDIENTES DE EMITIR A RESPUESTA QUIEN: GLOSAS Y CARTERA MEDIO DE VERIFICACIÓN: ACTA CONJUNTA CON EL ÁREA DE CARTERA	MENOR		
124	GESTIÓN FINANCIERA / AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS - GLOSAS	ECONOMICO	Recepción masiva de glosas o devoluciones	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 NOTIFICADAS, YA QUE DINAMICA GERENCIAL NO PERMITE REINCORPORAR ESTA GLOSA POR LO QUE ES NECESARIO LLEVAR ARCHIVOS EN HERRAMIENTAS OFIMÁTICAS.	Señalo en la información Debilidades en las actividades de control y no permitiría la trazabilidad de forma eficiente	RIESGO DE CREDITO RIESGO DE LIQUIDEZ	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	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	MODERADO	REDUCIR
												2	VERIFICACIÓN EN CRUCES CONJUNTOS CON EL ÁREA DE CARTERA LAS GLOSAS O DEVOLUCIONES PENDIENTES DE EMITIR A RESPUESTA 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		
												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	MENOR		
												4	CAPACITACIONES SOBRE PROCESOS DEL AREA ENFOCADAS EN GARANTIZAR EL DEBIDO REGISTRO DE LAS GLOSAS RECIBIDAS Y RESPONDIDAS PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: SOPORTE DE LAS CAPACITACIONES	MODERADO		
125	GESTIÓN FINANCIERA / AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS - GLOSAS	ECONOMICO	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	Dilatación de los pagos	RIESGO DE CREDITO	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS - GLOSAS Y JURÍDICA DE LA ESE QUIEN: CONTRATISTAS DEL ÁREA DE CARTERA, CUANDO: MENSUAL, CADA VEZ QUE SE IDENTIFIQUEN EN LOS CRUCES DE CARTERA, SALDOS DE FACTURAS PENDIENTES POR CANCELAR, IDENTIFICADAS POR LAS ASEGURADORAS COMO POSIBLE PRESCRIPCIÓN VERIFICACIÓN: LOS SALDOS DE FACTURAS PENDIENTES POR CANCELAR POR PARTE DE LAS ASEGURADORAS. MEDIO DE VERIFICACIÓN: PROCESOS DE CRUCES DE INFORMACIÓN ENTRE LA CARTERA ENVIADA POR LAS ASEGURADORAS CONTRA LAS RESPUESTAS EMITIDAS POR LA ESE	MODERADO	MODERADO	COMPARTIR
												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		

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026

VERSION:	4	VIGENCIA: 2 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026
ENTIDAD:	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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 s, se busca determinar la zona de riesgo inicial

VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	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 / CARTERA	ECONOMICO	1. Liquidación inesperada de entidades 2. Inportunidad de respuestas por parte de las Entidades responsables de pago	Falta o fallas en el cobro continuo a las Entidades responsables de pago y otras entidades	POSIBILIDAD DE PERCIBIR INGRESOS INFERIORES A LOS PROYECTADOS.	Dificultad para cumplir con las obligaciones financieras Reducción de servicios y recursos Dificultades para mantener infraestructura y equipamiento	RIESGO ACTUARIAL RIESGO DE LIQUIDEZ	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	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	MODERADO	REDUCIR
												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		
127	GESTIÓN FINANCIERA / PRESUPUESTO	ECONOMICO	NO ESTABLECER EL PRESUPUESTO DENTRO DE LOS TÉRMINOS DE LEY Y NO CUMPLIR CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SSC-DAF Y EL CONFISCUN	FALTA DE PLANEACIÓN COMO BASE PARA EL PRESUPUESTO INICIAL Y SUS EJECUCIONES	POSIBILIDAD DE AFECTACIÓN DISCIPLINARIA FISCAL POR NO CONTAR CON UN PRESUPUESTO APROBADO PARA SU EJECUCIÓN	Sanciones legales y fiscales Suspensión de financiamiento o contratos	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	BAJA	MAJOR	ALTA	1	DESCRIPCION DEL CONTROL QUE: COORDINACIÓN CON SECRETARÍA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA - DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO FINANCIERO (DAF), Y SECRETARÍA DE HACIENDA "CONFISCUN" PARA FINANCIAR PRESUPUESTALMENTE LA OPERACIÓN DE LA E.S.E QUIEN: REFERENTE DE PRESUPUESTO PERIODICIDAD: MENSUAL O CUANDO SE IDENTIFIQUE SALDOS INEFICIENTES DE APROPIACIÓN PRESUPUESTAL POR DESVIACIONES ECONOMICAS. EVIDENCIA: VIABILIDAD DAF Y ACUERDOS PRESUPUESTALES PARA QUE: PARA FINANCIAR PRESUPUESTALMENTE LA OPERACIÓN DE LA E.S.E Y CONTAR CON LA APROPIACIÓN DISPONIBLE. DESVIACIÓN DEL CONTROL: LEGALIZACIÓN DE HECHOS CUMPLIDOS	MAJOR	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	MAJOR		
128	GESTIÓN FINANCIERA / PRESUPUESTO	ECONOMICO	LOS GASTOS SUPERAN LOS INGRESOS (DEFICIT PRESUPUESTAL)	FALTA DE SEGUIMIENTO AL COMPORTAMIENTO DE LOS INGRESOS TOTALES	POSIBILIDAD DE DESEQUILIBRIO PRESUPUESTAL DE INGRESOS VS GASTOS	Problemas de liquidez Reducción en la calidad del servicio	RIESGO ACTUARIAL RIESGO DE LIQUIDEZ	PROCESO	ALTA	MAJOR	ALTA	1	SEGUIMIENTO DEL COMPORTAMIENTO DE LOS INGRESOS TOTALES RECAUDADOS FRENTE A LOS GASTOS COMPROMETIDOS POR LA E.S.E QUIEN: REFERENTE DE PRESUPUESTO PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: CUADROS DE EJECUCIÓN	MAJOR	ALTA	REDUCIR
129	GESTIÓN FINANCIERA / COSTOS HOSPITALARIOS	ECONOMICO	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	RIESGO ACTUARIAL	PROCESO	MUY ALTA	MENOR	ALTA	1	DISTRIBUCIÓN DE COSTOS MEDIANTE LIBROS AUXILIARES ENTREGADOS POR LOS CENTROS PRODUCTORES DE INFORMACIÓN QUIEN: REFENTE 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: INTEGRANTES COMITÉ CIRCULAR 050 Y COMITÉ FINANCIERO PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: INFORME CIRCULAR 050 SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINARMA	MENOR		
130	GESTIÓN FINANCIERA / COSTOS HOSPITALARIOS	ECONOMICO	Error en la generación de los costos institucionales	Información inoportuna, inadecuada, incorrecta suministrada para realizar el análisis de viabilidad operacional	POSIBILIDAD DE GENERAR ANÁLISIS DE VIABILIDAD OPERACIONAL INCORRECTOS EN APERTURA DE NUEVOS SERVICIOS	El nuevo servicio no puede generar la utilidad esperada	RIESGO ACTUARIAL	PROCESO	MEDIA	MODERADO	MODERADO	1	ANÁLISIS DE RENTABILIDAD OPERACIONAL POR CENTRO DE PRODUCCIÓN QUIEN: REFERENTE DE COSTOS PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: INFORME DECRETO 2193 AL MINISTERIO DE SALUD	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO A ANÁLISIS DE RENTABILIDAD OPERACIONAL QUIEN: INTEGRANTES COMITÉ CIRCULAR 050 Y COMITÉ FINANCIERO PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: INFORME DE RENTABILIDAD	MODERADO		
131	GESTIÓN FINANCIERA / FACTURACIÓN	ECONOMICO	FALTA DE CONOCIMIENTO	FALLAS EN EL SEGUIMIENTO A LA RADICACIÓN	POSIBILIDAD DE DISMINUCIÓN DE RADICACIÓN EN LA INSTITUCIÓN	DISMINUCIÓN EN EL GIRO DIRECTO	RIESGO DE CREDITO	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	SEGUIMIENTO A LA RADICACIÓN QUIEN: PERSONAL DE FACTURACIÓN PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: INFORME DE RADICACIÓN	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
132	GESTIÓN FINANCIERA / FACTURACIÓN	ECONOMICO	FALTA DE CONOCIMIENTO	FALTA DE CAPACITACIÓN	POSIBILIDAD DE AUMENTO EN LA GENERACIÓN DE GLUCAS DE LA INSTITUCIÓN	AUDITORÍAS O SANCIONES REGULATORIAS IMPACTO FINANCIERO NEGATIVO	RIESGO DE CREDITO	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE FACTURACIÓN QUIEN: REFERENTE DE FACTURACIÓN PERIODICIDAD: SEMESTRAL CON MEDICION DE ADHERENCIA EVIDENCIA: ACTAS DE CAPACITACIÓN Y TEST REALIZADO	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
133	GESTIÓN FINANCIERA / TESORERIA	ECONOMICO	Pago oportuno de las EPS	Radicación inoportuna de documentos	POSIBILIDAD DE PAGOS INOPORTUNOS DE LA ESE	FALLAS EN LA GESTIÓN DE PAGOS IMPACTO ECONOMICO SOBRE LA INSTITUCIÓN	RIESGO DE LIQUIDEZ	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 TESORERIA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: EXTRACTOS BANCARIOS	MODERADO		
												2	EJECUCIÓN DE PAGOS DE ACUERDO A LA PROGRAMACIÓN DE TESORERÍA QUIEN: PROFESIONAL DE TESORERÍA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: PLANOS CASH DEL BANCO	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	REVISIÓN DE LOS SALDOS DE BANCOS QUIEN: REFERENTE DE TESORERIA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: INFORME DE BANCOS	MODERADO		

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026

VERSION: 4
ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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, se busca determinar la zona de riesgo inicial

VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
134	GESTIÓN FINANCIERA / CONTABILIDAD	ECONOMICO	SOPORTES CONTABLES SIN EL LLENO DE REQUISITOS POR PARTE DE LOS SUPERVISORES DE LOS CONTRATOS	REGISTRO ERRÓNEO DE LA INFORMACION 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	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	MUY ALTA	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 DINÁMICAS 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 REPORTES DE 2150 (SHO) A LOS ENTES DE CONTROL QUIEN: REFERENTES DE LAS ÁREAS PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: ACTA DE CARGUE Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN CARGADA EN EL APLICATIVO	MODERADO		
135	GESTIÓN FINANCIERA / CONTABILIDAD	ECONOMICO	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 ECONOMICO	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	VERIFICACIÓN DE ENTREGA OPORTUNA DE INFORMACIÓN EN LA PLATAFORMA DIAN (FORMACIÓN EXOGENA: DECLARACIÓN DE RENTA Y RENDICIONES) QUIEN: CONTADOR EVIDENCIA: PANTALLAZOS DE ENTREGA A LA DIAN PERIODICIDAD: MENSUAL Y ANUAL	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
136	GESTIÓN FINANCIERA / COMPRAS	ECONOMICO	FALLAS EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS ESTABLECIDAS POR EL SERVICIO O EL ÁREA QUE LO REQUIERA	FALLAS EN EL ESTUDIO DE MERCADO DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LOS DIFERENTES PROCESOS DE LA ESES	POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS POR FALLAS EN EL PROCESO	FALLAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS AFECTACIÓN LEGAL	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	MUY ALTA	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 ALLEGADAS POR LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA ESE QUIEN: PROFESIONAL DE COMPRAS PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: GFC-CS-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		
137	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / ALMACÉN	ECONOMICO	NO APLICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS	FALTA DE SEGUIMIENTO A LOS INVENTARIOS	POSIBILIDAD DE DETRIMIENTO PATRIMONIAL, PROCESOS DISCIPLINARIOS POR VENCIMIENTO DE PRODUCTOS E INSUMOS	DETRIMIENTO PATRIMONIAL, PROCESOS DISCIPLINARIOS AFECTACIÓN ECONOMICA	RIESGO OPERACIONAL	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 SEGÚN LA METODOLOGÍA FEFO (PRIMERO EN VENCER PRIMERO EN SALIR) PARA LOS INSUMOS Y PRODUCTOS QUIEN: AUXILIAR DE BODEGA EVIDENCIA: ORDENES DE DESPACHO CON DESCRIPCIÓN 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		

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026

VERSION: 4
ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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 s, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 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
138	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / ALMACÉN	ECONOMICO	NO ADHERENCIA A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN EL ALMACÉN	NO APLICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS INADECUADO MANEJO DE LOS INVENTARIOS	POSIBILIDAD DE AFECTACIÓN ECONÓMICA POR LA EXISTENCIA DE FALTANTES EN LOS INVENTARIOS	AFECTACIÓN ECONOMICA DETRIMENTO PATRIMONIAL, PROCESOS DISCIPLINARIOS	RIESGO OPERACIONAL	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 E 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		
139	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / ALMACÉN	ECONOMICO	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 DESABASTECIMIENTO	AFECTACIÓN EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	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 DETERMINAR 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		
140	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / BIOMÉDICO	ECONOMICO	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 DIAGNOSTICOS ERRADOS	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	MUY ALTA	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	TRASLADAR /REDUCIR
												2	QUE: VIGILANCIA ACTIVA QUIEN: REFERENTE DE TECNO VIGILANCIA COMO: A TRAVÉS DE LISTA DE CHEQUEO CON CÓDIGO BI-FT-29 FORMATO LISTA DE CHEQUEO VIGILANCIA ACTIVA MENSUAL DE EQUIPOS ELEGIDOS ALEATORIAMENTE EN PERIODOS TRIMESTRALES PARA QUE: IDENTIFICAR EL ESTADO DEL EQUIPO EVIDENCIA: BI-FT-29 FORMATO LISTA DE CHEQUEO VIGILANCIA ACTIVA	MAYOR		
												3	REVISIÓN DE ALERTAS SANITARIAS QUIEN: REFERENTE DE TECNO VIGILANCIA PERIODICIDAD: QUINCENAL COMO: REVISIÓN EN LA PAGNA DEL INVIMA Y SEGUIMIENTO A TRAVÉS DEL FORMATO BI-FT-32 "FORMATO DE REVISIÓN DE ALERTA DE EQUIPOS" LA PAGNA DEL INVIMA EVIDENCIA: FORMATO BI-FT-32 "FORMATO DE REVISIÓN DE ALERTA DE EQUIPOS" LA PAGNA 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		

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026

VERSION: 4 VIGENCIA: 2 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026

ENTIDAD: E. S. E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ

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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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, se busca determinar la zona de riesgo inicial

VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
141	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 RETRASOS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	REALIZACIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A ELECTROBISTURI PERIODICIDAD: TRIMESTRAL QUIEN: INGENIEROS BIOMÉDICOS EVIDENCIA: SOPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /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		
142	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	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	MUY 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		
143	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	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	MUY 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		
144	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 UCI, 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	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	MUY 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		
145	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	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	MUY 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 2026

VERSION: 4 VIGENCIA: 2 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026
ENTIDAD: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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 s, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
												4	CAPACITACIÓN ENFOCADA EN EL USO CORRECTO DE DESFIBRILADORES PERIODICIDAD: ANUAL DE ACUERDO A CRONOGRAMA QUIEN: INGENIEROS BIOMÉDICOS EVIDENCIA: SOPORTE DE CAPACITACIÓN	MODERADO		
146	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	RIESGO OPERACIONAL	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 SESIONES 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
												1	CLASIFICACIÓN DE ROPA HOSPITALARIA HUMEDA POR TIPO (CUBIAS, 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 (CUBIAS, ROPA ENCAUCHADA, LUSAS, PEQUERA Y TOALLAS) PARA QUE: EVITAR DETERIORO DE PRENDAS Y GASTOS INNECESARIOS DE INSUMOS	MODERADO		
												3	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: CONTROL DE ROPA DE REPROCESO PARA QUE: ENTREGA ROPA ROTA PARA RESTAURACIÓN A COSTUREO O DADA DE BAJA	MODERADO		
147	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 o cuidado de los pacientes Riesgo de exposición a riesgos de contaminación	RIESGO OPERACIONAL	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 ALGÚN 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 ALGÚN SERVICIO EVIDENCIA: FORMATO DE ENTREGA DE ROPA EN ALGÚN SERVICIO PARA QUE: SUMINISTRAR ROPA	MODERADO		
148	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: MENSUAL 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 JEFS DE CADA SERVICIO PERIODICIDAD: ANUAL EVIDENCIA: INVENTARIO PARA QUE: IDENTIFICAR FALTANTE DE ROPA	MODERADO		
149	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / ARCHIVO	REPUTACIONAL	Desorganización de los archivos	Desconocimiento de la normalidad, apatía en los temas archivísticos	POSIBILIDAD DE PERDIDA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL	Incumplimiento normativo Proceso jurídicos contra la institución	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	MEDIA	MODERADO	MODERADO	1	SENSIBILIZACIÓN 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	MODERADO	REDUCIR
												2	SEGUIMIENTO A LAS OFICINAS PRODUCTORAS DE INFORMACIÓN QUIEN: REFERENTE DE ARCHIVO PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: LISTADO DE ASISTENCIA, REGISTRO FOTOGRÁFICO, INFORME	MODERADO		
												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		

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026

VERSION:	4	VIGENCIA: 2 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026
ENTIDAD:	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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 s, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
150	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / CORRESPONDENCIA	REPUTACIONAL	Tiempos de respuesta fuera de los términos determinados para recepción y direccionamiento de los documentos. Divulgación de la información al buscar el área competente para el direccionamiento del documento. * retraso en los procesos o necesidad de adelantar reprocesos -Quejas, reclamos frente a la prestación del servicio	Incumplimiento de la normatividad vigente, ventanilla única de correspondencia. Falta de capacitación y experticia 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	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS RECEPCIONADAS VS LOS ENTREGADOS QUIEN: COLABORADORES DE CORRESPONDENCIA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: BASE DE DATOS DEL APLICATIVO 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		
151	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / ACTIVOS FIJOS	ECONOMICO	1. NO CUMPLIMIENTO DE PROCESOS DE TRASLADOS O BAJAS DE ACTIVOS FIJOS. 2. DÉBIL SELECCIÓN DE PERSONAL IDÓNEO 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	DETRIMENTO PATRIMONIAL AFECTACIÓN ECONOMICA	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	MUY ALTA	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	MODERADO	REDUCIR
												2	PLAQUETEO 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		
												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		
152	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	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	ALTA	MODERADO	ALTA	1	EJECUCIÓN DEL PLAN DE MANTENIMIENTO QUIEN: TALENTO HUMANO DE PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO PERIODICIDAD: SEMANAL EVIDENCIA: REGISTRO FOTOGRÁFICO, REGISTRO EN FORMATO DE REPORTE DE MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA CON CÓDIGO PE-FT-09	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		
153	SERVICIOS GENERALES	REPUTACIONAL	MAL MANEJO DE LOS PRODUCTOS DEL PERSONAL Y PROCESOS DE LIMPEZA Y DESINFECCIÓN	EL PERSONAL NO SIGUE LOS LINEAMIENTOS DE LOS PROCESOS DE DESINFECCIÓN Y LIMPEZA	POSIBILIDAD DE INFECCIONES ASOCIADAS A UNA INCORRECTA DESINFECCIÓN Y LIMPEZA DE ÁREAS DE LA ESE	AUMENTO DE INFECCIONES IMPACTO SOBRE LA IMAGEN INSTITUCIONAL AUMENTO DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	SUPERVISIÓN DEL PROCESO DE LIMPEZA Y DESINFECCIÓN REALIZADA POR PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES QUIEN: JEFE DEL SERVICIO PERIODICIDAD: DIARIO EVIDENCIA: FORMATOS DE LIMPEZA Y DESINFECCIÓN FIRMADOS POR EL JEFE DEL SERVICIO	MODERADO	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	CAPACITACIONES AL PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES SOBRE LOS PROCESOS DE LIMPEZA 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 LIMPEZA Y DESINFECCIÓN DILIGENCIADOS POR EL PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES QUIEN: SUPERVISORA DE LADONSA PERIODICIDAD: MENSUAL EVIDENCIA: FORMATOS DILIGENCIADOS Y CONSOLIDADOS	MODERADO		
154	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / SISTEMAS	ECONOMICO	Apagado Incorrecto Fallas 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 INFORMACION POR FALLAS DEL SOFTWARE O HARDWARE DE LOS SERVIDORES	Vulnerabilidad a Ciberataques Pérdida de la información institucional Incumplimiento normativo por pérdida de información	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	ALTA	MAYOR	ALTA	1	ACTUALIZACIONES DE LOS SISTEMAS OPERATIVOS QUIEN: SISTEMAS PERIODICIDAD: SEMESTRAL EVIDENCIA: ACTA DE ACTUALIZACIÓN	MAYOR	ALTA	TRASLADAR /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 DINAMICA	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		

FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2026

VERSION:	4	VIGENCIA: 2 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026
ENTIDAD:	E. S. E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcances y, también, el análisis frente a 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 s, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
155	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / SISTEMAS	ECONOMICO	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 PERDIDA 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	PROCESO	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 DINAMICA 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 GRAFICAS SOBRE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN QUIEN: SISTEMAS CUANDO: MENSUAL EVIDENCIA: PIEZAS GRAFICAS	MODERADO		
156	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / SISTEMAS	ECONOMICO	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	PROCESO	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	TRASLADAR /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		
157	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / SERVICIO DE VIGILANCIA	ECONOMICO	Evasión en el pago de la obligación económica, referente al servicio prestado, o atención tardía o demora de la orden de salida.	Desconocimiento de los procedimientos de salida de pacientes y rigurosidad en los mismos	PROBABILIDAD DE FUGA DE PACIENTES POR EVASION EN EL PAGO DE LA OBLIGACION FINANCIERA CONTRARIADA CON EL HOSPITAL, O POR ATENCION TARDIA, DEMORA DE LA ORDEN DE SALIDA, O DESCONOCIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA SALIDA DE LOS MISMOS Y FALTA DE RIGUROSIDAD EN EL PROCESO DE SALIDA.	AFECTACIÓN ECONOMICA AFECTACIÓN DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL Y DE LA EMPRESA DE VIGILANCIA	EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS	PROCESO	MUY ALTA	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 INSTITUCION 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 VIGILNCIA EN EL PROTOCOLO DE SALIDA DE PACIENTES EVIDENCIA: ACTAS DE CAPACITACIÓN PERIODICIDAD: SEMESTRAL DESVIACIÓN DEL CONTROL: DESCONOCIMIENTO DEL PROTOCOLO DE SALIDA DE PACIENTES	LEVE		
158	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / SERVICIO DE VIGILANCIA	ECONOMICO	Falta de recursos económicos del usuario, represalla 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 ECONOMICA AFECTACIÓN DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL Y DE LA EMPRESA DE VIGILANCIA	USUARIOS, PRODUCTOS Y PRÁCTICAS	PROCESO	MUY ALTA	MENOR	ALTA	1	CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE INGRESO Y SALIDA DE USUARIOS Y COMUNIDAD EN GENERAL, MEDIANTE REGISTRO DE EQUIPOS INGRESADOS A LA INSTITUCION QUIEN: PERSONAL DE VIGILANCIA PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: MINUTAS DE CONTROL DESVIACIÓN DEL CONTROL: POSIBLE MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO	MENOR	MODERADO	TRASLADAR /REDUCIR
												2	MONITOREO DE CAMARAS CON EL FIN DE EVIDENCIAR ALGUNA ANOMALIA Y REPORTARLA AL PERSONAL DE VIGILANCIA QUIEN: PERSONAL DE VIGILANCIA PERIODICIDAD: DIARIA	MENOR		
159	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / SERVICIO DE ALIMENTOS	ECONOMICO	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	MUY ALTA	MODERADO	ALTA	1	SUMINISTRO DE DIETAS A LOS PACIENTES DE ACUERDO A LA RELACIÓN ENTREGADO POR NUTRICIÓN QUIEN: JEFS 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		
160	GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / SERVICIO DE ALIMENTOS	ECONOMICO	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	MUY ALTA	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 CODIGO RF-H1-FT-18	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	SUMINISTRO DE DIETAS A LOS PACIENTES DE ACUERDO A LA RELACIÓN ENTREGADO POR NUTRICIÓN QUIEN: JEFS DE CADA SERVICIO PERIODICIDAD: DIARIA EVIDENCIA: FORMATO SUMINISTRO DE DIETAS	MODERADO		

VERSION:	4	VIGENCIA: 2 DE ENERO DE 2026 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2026
ENTIDAD:	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ	
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 estén o no bajo el control de la organización, para ello se debe tener en cuenta el contexto estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a 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 s, se busca determinar la zona de riesgo inicial			VALORACION 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 que	DESCRIPCION DEL RIESGO Debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DEL RIESGO	TIPOLOGIA	PROBABILIDAD INHERENTE	IMPACTO INHERENTE	ZONA DE RIESGO INHERENTE	No CONTROL	DESCRIPCION DEL CONTROL	IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO DEL RIESGO
161	CONTROL INTERNO	ECONOMICO	INCUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE AUDITORIAS	Omisión o desconocimiento de la normatividad del Plan Anual de Auditorias	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 Auditorias	RIESGO OPERACIONAL	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		
162	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 auditorias especiales, integrales y de seguimiento	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	MODERADO	MODERADO	MODERADO	1	PROGRAMACIÓN DE PRESENTACIÓN Y ENVIO DE INFORMES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO QUIEN: OFICINA DE CONTROL INTERNO PERIODICIDAD: ANUAL EVIDENCIA: CRONOGRAMA DE AUDITORIAS	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
												2	PRESENTACIÓN Y ENVIO DEL INFORME A LA ENTIDAD CORRESPONDIENTE QUIEN: OFICINA DE CONTROL INTERNO PERIODICIDAD: TRIMESTRAL EVIDENCIA: INFORME Y PANTALLAZO	MODERADO		
163	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	RIESGO OPERACIONAL	PROCESO	BAJA	MODERADO	MODERADO	1	SEGUIMIENTO A MANTENIMIENTOS REALIZADOS AL TANQUE DE OXIGENO Y PLANTA ELECTRICA	MODERADO	MODERADO	REDUCIR
164	GESTIÓN FINANCIERA	ECONOMICO	Recepción incompleta o inconsistente de la información y reportes entregados por los proveedores/contratistas.	No se realizan verificaciones previas en listas restrictivas, bases de datos de sanciones o antecedentes.	Posibilidad de vinculación contractual con terceros (proveedores, contratistas) que no cumplan con los criterios de debida diligencia, encontrándose incursos en listas restrictivas, reportes negativos o inhabilidades legales, generando exposición al riesgo de LAFT/FPADM	Exposición al riesgo legal, sancionatorio y reputacional por incumplimiento de la normatividad SARLAFT.	RIESGO DE SARL/FAT	PROCESO	ALTA	ALTA	ALTA	1	1. Revisión de la plataforma RKS COMPLIANCE de terceros con el fin de verificar reportes o inhabilidades periodicas. Cada contratación Evidencia: Reporte de la plataforma Quien: Oficial de cumplimiento.	MODERADO	ALTA	
												2	2. Revisión de la plataforma RKS COMPLIANCE de contratistas con el fin de verificar reportes o inhabilidades periodicas. Anual Evidencia: Reporte de la plataforma Quien: Oficial de cumplimiento			



ADRIANA MARIA ROJAS GUTIERREZ
Gerente

Andres Fernando Trujillo Chaparro - 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