# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

**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. | | | | | | | | | | | | | | PLAN DE ACCION: se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia. | | | 1 TRIMESTRE | | 2 TRIMESTRE | | 3 TRIMESTRE | | 4 TRIMESTRE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | ATRIBUTOS | | | | | | | | | | | | | | | SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025 | |
| 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 | TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
| 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<br>Afectación de la imagen institucional | EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | MONITOREO A OBJETIVOS INSTITUCIONALES MEDIANTE LA MEDICION DE INDICADORES RELACIONADOS CON EL CUMPLIMIENTO<br>QUIEN: OFICINA DE PLANEACIÓN<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: INFOME DE SEGUIMIENTO A OBJETIVOS INTITUCIONALES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | MONITOREO A OBJETIVOS INSTITUCIONALES MEDIANTE LA MEDICION DE INDICADORES RELACIONADOS CON EL CUMPLIMIENTO | ASESORES DE GERENCIA, LIDERES Y GERENTE | SEMESTRAL | 30/03/2025 | Se realiza socialización del primer trimestre del poa, el dia 24 de abril. | 30/06/2025 | Se llevó a cabo el segundo seguimiento al POA, verificando el avance de las actividades programadas. Asimismo, se realizó la socialización de los resultados en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, con el fin de analizar el cumplimiento de metas y establecer acciones de mejora. | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCION DE POLITICAS INSTITUCIONALES<br>QUIEN: OFICINA DE PLANEACIÓN<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE SEGUIMIENTO POLITICAS INSTITUCIONALES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 60% | MODERADO | | | SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCION DE POLITICAS INSTITUCIONALES | ASESORES DE GERENCIA, LIDERES Y GERENTE | SEMESTRAL | 30/03/2025 | FEl seguimiento al plan de acción de políticas institucionales se enmarca en el fortalecimiento del cumplimiento normativo, el alineamiento con los lineamientos internos y el marco legal vigente. En el año 2025, se ha identificado como riesgo prioritario la posible inobservancia de obligaciones regulatorias, lo cual podría derivar en sanciones administrativas, pérdida de credibilidad institucional o restricciones operativas.<br>Para el Primer semestre de 2025, de las 27 políticas de la cuales se encuentran para actualización 3 de ellas cuya vigencia es interior a 2020, por lo cual se debe actualizar actos administrativos , lo cual puede implicar desactualización frente a nueva normativa sectorial.<br>No se recibe información de ejecución de Planes de acción de 3 políticas, por lo que a la fecha, de las 325 actividades programadas a I semestre, se llevan ejecutadas el 48,77% de ellas, obteniendo una ejecución favorable.<br>Para el segundo seguimiento, se plantea Completar y consolidar el % de avance para todas las políticas, incluso si es estimado, y soportarlo con evidencia documental. | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/12/2025 | El seguimiento al plan de acción de políticas institucionales se enmarca en el fortalecimiento del cumplimiento normativo, el alineamiento con los lineamientos internos y el marco legal vigente. En el año 2025, se ha identificado como riesgo prioritario la posible inobservancia de obligaciones regulatorias, lo cual podría derivar en sanciones administrativas, pérdida de credibilidad institucional o restricciones operativas.<br>Para el Primer semestre de 2025, de las 27 políticas de la cuales se encuentran para actualización 3 de ellas cuya vigencia es interior a 2020, por lo cual se debe actualizar actos administrativos , lo cual puede implicar desactualización frente a nueva normativa sectorial.<br>Se recibe información de ejecución de Planes de acción de las políticas, de las 325 actividades programadas para la vigencia, se obtuvo un promedio de cumplimiento del 99% de ejecución obteniendo una ejecución favorable con respecto al estándar propuesto. Se plantea para la vigencia 2026, realizar cotejo de indicadores de cada Política que se encuentren cargados en plataforma Almera con el fin de realizar seguimiento de los mismos, |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | SEGUIMIENTO A PLANES INSTITUCIONALES REGLAMENTADOS POR EL DECRETO 612 DEL 2018<br>QUIEN: OFICINA DE PLANEACIÓN<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACTAS DE ASISTENCIA Y CORREOS ELECTRONICOS CON EL % DE AVANCE DE CADA PLAN INSTITUCIONAL<br>DESVIACIÓN DEL CONTROL: INCUMPLIMIENTO DE PLAN INSTITUCIONAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 17% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | | SEGUIMIENTO A PLANES INSTITUCIONALES REGLAMENTADOS POR EL DECRETO 612 DEL 2018 | ASESORES DE GERENCIA, LIDERES Y GERENTE | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | SEGUIMIENTO PLANES DECRETO 612:<br>a. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información. 100%<br>b. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información. 100%<br>c. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones –¬ PETI 100%<br>d. Plan Institucional de Archivos de la Entidad ¬PINAR 22%<br>e. Plan Anual de Adquisiciones 14%<br>f. Plan Anual de Vacantes 44.4%<br>g. Plan de Previsión de Recursos Humanos 50%<br>h. Plan Estratégico de Talento Humano 14.28%<br>i. Plan Institucional de Capacitación 60%<br>j. Plan de Incentivos Institucionales 17.44%<br>k. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo 100%<br>l. Programa de transparencia y ética pública. 10%<br>Se carga link con soportes de seguimiento y acta de socialización del comité de gestión y desempeño del mes de abril:<br>C:\Users\PLANEACION7\Documents\2025\1. COMITE DE GESTION Y DESEMPEÑO 2025\2 ABRIL | 30/06/2025 | SEGUIMIENTO PLANES DECRETO 612:<br>a. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información. 100%<br>b. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información. 100%<br>c. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones –¬ PETI 100%<br>d. Plan Institucional de Archivos de la Entidad ¬PINAR 22%<br>e. Plan Anual de Adquisiciones 14%<br>f. Plan Anual de Vacantes 44.4%<br>g. Plan de Previsión de Recursos Humanos 50%<br>h. Plan Estratégico de Talento Humano 14.28%<br>i. Plan Institucional de Capacitación 60%<br>j. Plan de Incentivos Institucionales 17.44%<br>k. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo 100%<br>l. Programa de transparencia y ética pública. 10%<br>Se carga link con soportes de seguimiento y acta de socialización del comité de gestión y desempeño del mes de abril:<br>C:\Users\PLANEACION7\Documents\2025\1. COMITE DE GESTION Y DESEMPEÑO 2025\2 ABRIL<br>Acta_03 COMITE DE GESTION Y DESEMPEÑO JULIO 2025.pdf Acta 03 COMITE DE GESTION Y DESEMPEÑO JULIO 2025.pdf | 30/09/2025 | SEGUIMIENTO PLANES DECRETO 612:<br>a. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información. 100%<br>b. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información. 100%<br>c. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones –¬ PETI 100%<br>d. Plan Institucional de Archivos de la Entidad ¬PINAR 66.25%<br>e. Plan Anual de Adquisiciones 47% (Funcionamiento)-62% (Operación)<br>f. Plan Anual de Vacantes 67%<br>g. Plan de Previsión de Recursos Humanos 75%<br>h. Plan Estratégico de Talento Humano 64%<br>i. Plan Institucional de Capacitación 81.04%<br>j. Plan de Incentivos Institucionales 70%<br>k. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo 94.04%<br>l. Programa de transparencia y ética pública. 75% | 30/12/2025 | Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información. 100%<br>Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones –¬ 94%<br>Plan de Seguridad y Privacidad de la Información. 100 100%<br>Plan Institucional de Archivos de la Entidad ¬PINAR 96.5%<br>Plan Anual de Adquisiciones 89.6%<br>Plan Anual de Vacantes 100%<br>Plan de Previsión de Recursos Humanos 100%<br>Plan Estratégico de Talento Humano 100%<br>Plan Institucional de Capacitación 100%<br>Plan de Incentivos Institucionales 100%<br>Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo 95.2%<br>Programa de transparencia y ética pública. 91% |
| 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 ENVIÓ DE INFORMACIÓN A ENTIDADES EXTERNAS | Sanciones administrativas, fiscales, disciplinarios<br>Afectación de la imagen institucional | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | MEDIA | 60% | MAYOR | 80% | ALTA | 1 | REPORTE A LOS RESPONSABLES DE ENTREGA DE INFORMES DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA DE INFORMES INSTITUCIONAL PL-FT-19<br>QUIEN: PROFESIONAL DE PLANEACIÓN<br>PERIODICIDAD: QUINCENAL<br>EVIDENCIA: OFICIOS ENVIADOS<br>DESVIACIÓN DEL CONTROL: ENTREGA INOPORTUNA DE INFORMES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 80% | MAYOR | ALTA | REDUCIR | SEGUIMIENTO Y REPORTE A LOS RESPONSABLES DE ENTREGA DE INFORMES MEDIANTE CRONOGRAMA DE INFORMES INSTITUCIONAL PL-FT-19 V01 | PROFESIONAL DE PLANEACIÓN | QUINCENAL | 30/03/2025 | La no entrega o la entrega extemporánea de la información compromete la trazabilidad de los datos, afecta la integridad de los reportes consolidados y puede derivar en observaciones, requerimientos o sanciones por parte de los entes reguladores. Asimismo, esta situación impacta negativamente en la evaluación del desempeño institucional y en la gestión del riesgo<br>Ante esta eventualidad, se han establecido mecanismos de seguimiento y control, como el envío de recordatorios formales mediante correo institucional y la activación de alertas tempranas para mitigar el riesgo de incumplimiento y fortalecer la responsabilidad en cada proceso y subproceso<br>Adicionalmente, como medida complementaria, se realiza seguimiento a través del WhatsApp, con el propósito de reforzar la comunicación directa y facilitar la trazabilidad de los compromisos asignados a los responsables del reporte. | 30/06/2025 | Cumplimiento del mes de agosto en el envío de informes, realizando notificación a los procesos responsables por medio de correo electrónico. | 30/09/2025 | Matriz diligenciada de entrega de informes del mes de septiembre | 30/12/2025 | Matriz diligenciada de entrega de informes del mes de Octubre, noviembre y diciembre |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | GENERACIÓN DE RECORDATORIOS POR CORREO INSTITUCIONAL A LOS RESPONSABLES DEL REPORTE<br>QUIEN: PROFESIONAL DE PLANEACIÓN<br>PERIODICIDAD: QUINCENAL<br>EVIDENCIA: PANTALLAZO DE LOS RECORDATORIOS NOTIFICADOS | PREVENTIVO 25% | AUTOMATICO: EJECUTADO POR UN SISTEMA 25% | 50% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 18% | MUY BAJA | 80% | MAYOR | | | GENERACIÓN DE RECORDATORIOS DE MANERA AUTOMATICA POR MEDIO DE LA HERRAMIENTA TEAMS (LOS CUALES SE NOTIFICARAN 3 DIAS ANTERIORES DE LA PRESENTACIÓN DEL INFORME | PROFESIONAL DE PLANEACIÓN | ANUAL | 30/03/2025 | Como parte del seguimiento, se enviaron recordatorios por medio del correo institucional a los responsables del reporte, con el fin de garantizar el cumplimiento oportuno de los compromisos adquiridos y la entrega de la información requerida con el objetivo de asegurar la trazabilidad y entrega oportuna de los informes a los entes de control<br>en lo referente a las circulares, FT018, FT025 ,FT004 Y ST006 fueron reportadas dentro de la fecha y algunas antes de la fecha establecida , Formato FP001, FP002, FP003, GT003<br>se anexa Excel de seguimiento a informes 2193 y la de Supersalud | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | SEGUIMIENTO A LA ENTREGA OPORTUNA DE INFORMES MEDIANTE CERTIFICACIÓN POR PARTE DEL RESPONSABLE<br>QUIEN: PROFESIONAL DE PLANEACIÓN<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: CERTIFICACIONES DE REPORTE A TRAVES DEL FORMATO PL-FT-30 | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 18% | MUY BAJA | 80% | MAYOR | | | SEGUIMIENTO A LA ENTREGA OPORTUNA DE INFORMES MEDIANTE CERTIFICACIÓN POR PARTE DEL RESPONSABLE | PROFESIONAL DE PLANEACIÓN | MENSUAL | 30/03/2025 | Como evidencia del cumplimiento en la presentación de los informes institucionales, se anexan las certificaciones de reporte diligenciadas a través del formato PL-FT-30, conforme a los lineamientos establecidos por la entidad. Este documento permite dejar constancia formal del envío de la información requerida, así como del responsable del reporte, la fecha de entrega y el canal utilizado.<br>Las certificaciones en formato PL-FT-30 constituyen un mecanismo de respaldo documental que contribuye a la trazabilidad, auditoría y verificación de los procesos de reporte ante instancias internas y externas, en cumplimiento de las disposiciones normativas y de control institucional vigentes. | 30/06/2025 | Durante el periodo comprendido entre junio y agosto se realizó el cargue de las evidencias de cumplimiento en el formato PL-FT-30. Este registro permitió consolidar la información entregada por los procesos y asegurar que cada reporte quedara soportado de manera formal en el sistema.<br>El uso del formato PL-FT-30 garantiza que los informes cuenten con un respaldo organizado, lo que facilita la verificación posterior, la trazabilidad de la información y el control institucional frente a los requerimientos tanto internos como externos. | 30/09/2025 | Durante el periodo comprendido entre julio y septiembre se realizó el cargue de las evidencias de cumplimiento en el formato PL-FT-30. Este registro permitió consolidar la información entregada por los procesos y asegurar que cada reporte quedara soportado de manera formal en el sistema.<br>El uso del formato PL-FT-30 garantiza que los informes cuenten con un respaldo organizado, lo que facilita la verificación posterior, la trazabilidad de la información y el control institucional frente a los requerimientos tanto internos como externos. | 30/12/2025 | Durante el periodo comprendido entre octubre y diciembre, se llevó a cabo el cargue de las evidencias de cumplimiento correspondientes en el formato PL-FT-30, lo cual permitió recopilar y consolidar de manera ordenada la información remitida por los diferentes procesos. Este ejercicio aseguró que cada reporte quedara debidamente soportado y registrado de forma formal en el sistema.<br>La utilización del formato PL-FT-30 permite contar con un respaldo estructurado y confiable de los informes presentados, facilitando la revisión y verificación posterior, garantizando la trazabilidad de la información y fortaleciendo el control institucional frente a los requerimientos internos y externos. |
| | | | | | | | | | | | | | | 4 | ACTUALIZACIÓN DE LA MATRIZ DE INFORMES<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: MATRIZ ACTUALIZADA Y APROBADA POR LOS RESPONSABLES DE EJECUCCIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 11% | MUY BAJA | 80% | MAYOR | | | ACTUALIZACIÓN DE LA MATRIZ DE INFORMES | PROFESIONAL DE PLANEACIÓN | SEMESTRAL | 30/03/2025 | Durante el primer semestre de la vigencia 2025, se desarrollaron acciones encaminadas a garantizar la presentación oportuna de los informes institucionales requeridos por las diferentes entidades externas. Para ello, se realizó un seguimiento a los procesos y subprocesos responsables del suministro de información, verificando el cumplimiento de los cronogramas establecidos.<br>Con el fin de prevenir retrasos o posibles incumplimientos, se envía notificación anticipada a los responsables. Dichas notificaciones permiten disminuir el retrazo del envío de los informes.<br>Asimismo, se realizó el envío de las notificaciones de los informes de manera quincenal, cumpliendo con el cronograma establecido. De igual forma, se revisaron y actualizaron los registros, corrigiendo los informes que se encontraban duplicados, con el objetivo de evitar inconsistencias en la información reportada y asegurar la veracidad de los datos remitidos a las entidades externas.<br>Durante este periodo se evidenció una respuesta positiva por parte de los procesos y subprocesos, lo que contribuyó a mejorar la eficiencia en la entrega.<br>En síntesis, el primer semestre estuvo orientado a consolidar un mecanismo preventivo, de seguimiento continuo y depuración de informes duplicados. | 30/06/2025 | Durante el segundo semestre del año 2025, se dio continuidad al seguimiento de los procesos y subprocesos responsables del envío de información a las entidades externas, con el fin de garantizar la presentación oportuna de los informes institucionales requeridos. En este periodo, se realizó un control constante mediante la verificación de cronogramas, fechas establecidas y cumplimiento de compromisos, identificando los posibles riesgos de incumplimiento y actuando de manera preventiva.<br>Como medida de fortalecimiento, se efectuaron envíos oportunos de notificaciones y recordatorios formales dirigidos a los responsables de cada proceso y subproceso, con el propósito de alertar sobre los plazos de entrega y las exigencias establecidas por las entidades externas. Dichas notificaciones se realizaron de forma sistemática, lo que permitió evidenciar una mejora en la organización interna y en la comunicación interdependencial, reduciendo el margen de error o retraso en la entrega de información.<br>Asimismo, se efectuó un análisis mensual de cumplimiento, lo que facilitó la identificación de aquellos procesos que requerían acompañamiento adicional o ajustes en la planeación para cumplir con los requerimientos. Esta labor permitió mantener un control efectivo y garantizar que los informes fueran remitidos dentro de los tiempos establecidos, minimizando significativamente la posibilidad de incumplimiento.<br>En conclusión, durante el segundo semestre se logró fortalecer la gestión de los procesos institucionales mediante la implementación de mecanismos preventivos y comunicativos, asegurando la entrega oportuna de los informes y consolidando una cultura de responsabilidad y cumplimiento frente a los compromisos adquiridos con las entidades externas. | 30/09/2025 | Durante el tercer semestre del año 2025, se dio continuidad al seguimiento de los procesos y subprocesos responsables del envío de información a las entidades externas, con el fin de garantizar la presentación oportuna de los informes institucionales requeridos. En este periodo, se realizó un control constante mediante la verificación de cronogramas, fechas establecidas y cumplimiento de compromisos, identificando los posibles riesgos de incumplimiento y actuando de manera preventiva.<br>Como medida de fortalecimiento, se efectuaron envíos oportunos de notificaciones y recordatorios formales dirigidos a los responsables de cada proceso y subproceso, con el propósito de alertar sobre los plazos de entrega y las exigencias establecidas por las entidades externas. Dichas notificaciones se realizaron de forma sistemática, lo que permitió evidenciar una mejora en la organización interna y en la comunicación interdependencial, reduciendo el margen de error o retraso en la entrega de información.<br>Asimismo, se efectuó un análisis mensual de cumplimiento, lo que facilitó la identificación de aquellos procesos que requerían acompañamiento adicional o ajustes en la planeación para cumplir con los requerimientos. Esta labor permitió mantener un control efectivo y garantizar que los informes fueran remitidos dentro de los tiempos establecidos, minimizando significativamente la posibilidad de incumplimiento.<br>En conclusión, durante el tercer semestre se logró fortalecer la gestión de los procesos institucionales mediante la implementación de mecanismos preventivos y comunicativos, asegurando la entrega oportuna de los informes y consolidando una cultura de responsabilidad y cumplimiento frente a los compromisos adquiridos con las entidades externas. | 30/12/2025 | Durante el último semestre del año 2026, se dio continuidad al seguimiento permanente de los procesos y subprocesos responsables del envío de información a las entidades externas, con el objetivo de asegurar la presentación oportuna y conforme a los lineamientos establecidos de los informes institucionales requeridos. En este periodo, se mantuvo un control sistemático mediante la verificación de cronogramas, fechas límite y compromisos adquiridos, lo que permitió identificar de manera anticipada posibles riesgos de incumplimiento y adoptar acciones preventivas.<br>En conclusión, durante el último semestre de 2026 se fortaleció la gestión institucional a través de la implementación de mecanismos de seguimiento, prevención y comunicación, garantizando la entrega oportuna de los informes requeridos y consolidando una cultura de responsabilidad, compromiso y cumplimiento frente a las obligaciones adquiridas con las entidades externas. |
| 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 represéntate legal<br>Afectación de la imagen institucional | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | BAJA | 40% | MAYOR | 80% | ALTA | 1 | MONITOREO Y SEGUIMIENTO A LAS METAS E INDICADORES DE LA MATRIZ DE PLAN DE GESTIÓN Y PLAN OPERATIVO ANUAL INSTITUCIONAL<br>QUIEN: PROFESIONAL DE PLANEACIÓN<br>PERIODICIDAD: MENSUAL (POA) Y PARA EL PLAN DE GESTIÓN TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DEL PLAN DE GESTIÓN Y MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE PLAN OPERATIVO ANUAL INSTITUCIONAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 24% | BAJA | 80% | MAYOR | ALTA | REDUCIR | MONITOREO Y SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES DE LA MATRIZ DE PLAN DE GESTIÓN Y PLAN OPERATIVO ANUAL INSTITUCIONAL | PROFESIONAL DE PLANEACIÓN | MENSUAL | 30/03/2025 | Se realiza monitoreo y seguimiento a las metas e indicadores de la matriz de plan de gestión y plan operativo anual institucional correspondientes al primer trimestre, se cargan matrices de seguimiento y acta de socialización del comité de gestión y desempeño. | 30/06/2025 | Se realizó el monitoreo y seguimiento a las metas e indicadores establecidos en la matriz del Plan de Gestión y el Plan Operativo Anual Institucional (POA), correspondientes al segundo trimestre. Como parte del proceso, se efectuó la carga de las matrices de seguimiento, el acta de socialización del Comité de Gestión y Desempeño, y el acuerdo de aprobación del primer seguimiento al POA, garantizando así la trazabilidad y el respaldo documental de las acciones ejecutadas. | 30/09/2025 | Se realizó el monitoreo y seguimiento a las metas e indicadores establecidos en la matriz del Plan de Gestión y el Plan Operativo Anual Institucional (POA), correspondientes al tercer trimestre. Como parte del proceso, se efectuó la carga de las matrices de seguimiento, garantizando así la trazabilidad y el respaldo documental de las acciones ejecutadas. | 30/12/2025 | Se realizó el monitoreo y seguimiento a las metas e indicadores establecidos en la matriz del Plan de Gestión y el Plan Operativo Anual Institucional (POA), correspondientes al cuarto trimestre. Como parte del proceso, se efectuó la carga de las matrices de seguimiento, garantizando así la trazabilidad y el respaldo documental de las acciones ejecutadas. |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | CONSOLIDACIÓN DE SOPORTES DE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES A LAS METAS ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE GESTIÓN Y PLAN OPERATIVO ANUAL INSTITUCIONAL<br>QUIEN: PROFESIONAL DE PLANEACIÓN<br>PERIODICIDAD: MENSUAL (POA) Y PARA EL PLAN DE GESTIÓN TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE CALIFICACIÓN CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE LA RESOLUCIÓN 408 DEL 2018 Y MATRIZ DE SEGUIMIENTO A METAS DEL POA INSTITUCIONAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 14% | MUY BAJA | 80% | MAYOR | | | CONSOLIDACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA VERACIDAD Y CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE GESTIÓN Y PLAN OPERATIVO ANUAL INSTITUCIONAL | PROFESIONAL DE PLANEACIÓN | MENSUAL | 30/03/2025 | Se carga seguimiento a la ejecución de las metas del POA y plan de gestión I Trimestre<br>LINK SOPORTES POA: https://netorg10296368-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/notificaciones_hospitaldefusagasuga_gov_co1/EuoEE8qX0aFlh-4qUJcS06cBVwJKuA86sadJsOd8xQWcRA?e=XZXyxy<br>LINK SOPORTES PLAN DE GESTION: https://netorg10296368-my.sharepoint.com/my?id=%2Fpersonal%2Fnotificaciones%5Fhospitaldefusagasuga%5Fgov%5Fco1%2FDocuments%2FPLAN%20DE%20GESTION%20I%20SEMESTRE%202025&ct=1753112419010&or=OWA%2DNT%2DMail&cid=12e11e24%2D51e8%2Df47f%2D09c3%2D3fca4e7ab115&ga=1<br>Acta_02 COMITE DE GESTION Y DESEMPEÑO ABRIL 2025.pdf Acta 02 COMITE DE GESTION Y DESEMPEÑO ABRIL 2025.pdf<br>PLAN GESTION I TRIM 2025.xlsxPLAN GESTION I TRIM 2025.xlsx<br>Seguim POA 2025 -I TRIM.xlsxSeguim POA 2025 -I TRIM.xlsx | 30/06/2025 | FSe carga seguimiento a la ejecución de las metas del POA y plan de gestión II Trimestre:<br>LINK SOPORTES POA: https://netorg10296368-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/notificaciones_hospitaldefusagasuga_gov_co1/EuoEE8qX0aFlh-4qUJcS06cBVwJKuA86sadJsOd8xQWcRA?e=ut6kIE<br>LINK SOPORTES PLAN DE GESTION: C:\Users\PLANEACION7\Documents\2025\PLAN DE GESTION 2025\EVIDENCIAS | 30/09/2025 | Se carga seguimiento a la ejecución de las metas del POA y plan de gestión II Trimestre:<br>LINK SOPORTES POA: https://netorg10296368-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/notificaciones_hospitaldefusagasuga_gov_co1/EuoEE8qX0aFlh-4qUJcS06cBVwJKuA86sadJsOd8xQWcRA?e=ut6kIE<br>LINK SOPORTES PLAN DE GESTION: C:\Users\PLANEACION7\Documents\2025\PLAN DE GESTION 2025\EVIDENCIAS | 30/12/2025 | Se carga seguimiento a la ejecución de las metas del POA y plan de gestión cierre vigencia 2025<br>LINK SOPORTES POA: https://netorg10296368-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/notificaciones_hospitaldefusagasuga_gov_co1/EuoEE8qX0aFlh-4qUJcS06cBVwJKuA86sadJsOd8xQWcRA?e=ut6kIE<br>LINK SOPORTES PLAN DE GESTION: C:\Users\PLANEACION7\Documents\2025\PLAN DE GESTION 2025\EVIDENCIAS |
| 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 | Perdida de la certificación ISO 9001:2015 | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | ALTA | 80% | MENOR | 40% | MODERADO | 1 | QUE: SEGUIMIENTO A LA VIGENCIA DE LOS DOCUMENTOS IDENTIFICADOS EN EL LISTADO MAESTRO MEDIANTE SEMAFORIZACIÓN<br>QUIEN: PROFESIONAL DE PLANEACIÓN<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>EVIDENCIA: LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS CON SEMAFORIZACIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 40% | MENOR | MODERADO | REDUCIR | SEGUIMIENTO A LA VIGENCIA DE LOS DOCUMENTOS IDENTIFICADOS EN EL LISTADO MAESTRO MEDIANTE SEMAFORIZACIÓN | PROFESIONAL DE PLANEACIÓN | SEMANAL | 30/03/2025 | Se registran los documentos según semaforización identificando vencidos o próximos a vencer para realizar envío a los responsables de los procesos el documento en editable para actualizar | 30/06/2025 | Se realiza revisión de listado maestro de documentos según semaforización y se envía editables a los referentes de los procesos y/o subprocesos de los documentos a vencer o vencidos | 30/09/2025 | Se realiza revisión de listado maestro de documentos tanto del generado por el sistema de gestión integral almera como el manejado en Excel y según semaforización los vencidos o próximos a vencer se notifica vía coreo electrónico a los procesos o subprocesos responsables de la actualización y se envía editables para su respectivo tramite | 30/12/2025 | Se realiza revisión de listado maestro de documentos tanto del generado por el sistema de gestión integral almera como el manejado en Excel y según semaforización los vencidos o próximos a vencer se notifica vía coreo electrónico a los procesos o subprocesos responsables de la actualización y se envía editables para su respectivo tramite.<br>En la semaforización algunos formato registran en rojo como vencidos pero se actualizo el documento (PL-MA-02 V02 MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIOMIENTOS) donde se aclara que los formatos no tienen vencimiento, a excepción de modificación o actualización requerida por los procesos o subprocesos |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | QUE: REPORTE AL RESPONSABLE DEL DOCUMENTO EL VENCIMIENTO POR TIEMPO PARA SU ACTUALIZACIÓN<br>QUIEN: PROFESIONAL DE PLANEACIÓN<br>PERIODICIDAD: CUANDO OCURRA EL VENCIMIENTO<br>EVIDENCIA: CORREO DE REPORTE AL RESPONSABLE DEL DOCUMENTO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 40% | MENOR | | | REPORTE AL RESPONSABLE DEL DOCUMENTO EL VENCIMIENTO POR TIEMPO PARA SU ACTUALIZACIÓN | PROFESIONAL DE PLANEACIÓN | CUANDO OCURRA EL VENCIMIENTO | 30/03/2025 | Se informa vía correo electrónico al proceso o líder del proceso adjuntando documento para su respectiva actualización<br>Se envía solicitud de actualización o respuesta de correo de envío de documento editable para su actualización y posterior cambio a nueva versión de los procesos y subprocesos de : Cirugía, calidad, hospitalización, gastroenterología, cuentas medicas, terapia ocupacional, farmacia, auditoria de concurrencia y consulta externa | 30/06/2025 | Se informa vía correo electrónico al referente del proceso o subproceso de los documentos los cuales requieren de realizar actualización adjuntando documento para su respectiva actualización<br>Se envía solicitud de actualización a los procesos y subprocesos de.: Vigilancia Epidemiológica, Seguridad y salud en el trabajo, Vacunación, Dermatología, Gastroenterología, Neurocirugía, Oftalmología, Psicología, Imagenologia, Hospitalización, Programa Madre Canguro y Biomédica | 30/09/2025 | Se envía solicitud de actualización de normograma a procesos y subprocesos<br>Se da respuesta solicitud de documentos para actualizar, se envío de documento editable para su actualización y posterior cambio a nueva versión al proceso de Cirugía | 30/12/2025 | Se da respuesta solicitud de documentos para actualizar, se envío de documento editable para su actualización y posterior cambio a nueva versión a los subprocesos de archivo. siau y enfermería |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | AUDITORIA INTERNA A LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE ACUERDO A CRONOGRAMA<br>PERIODICIDAD: DE ACUERDO A CRONOGRAMA<br>EVIDENCIA: INFORMES DE AUDITORIA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 17% | BAJA | 40% | MENOR | | | AUDITORIA INTERNA A LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE ACUERDO A CRONOGRAMA | PROFESIONAL DE PLANEACIÓN | DE ACUERDO A CRONOGRAMA | 30/03/2025 | Realizar auditoria de verificación de los procesos administrativos ( Facturación, Compras, Almacén, Talento Humano, Biomédica, Contratación) de conformidad con el sistema de gestión de calidad NTC ISO 9001:2015 | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/09/2025 | Inicia desde la revisión de los documentos contenidos en los procesos administrativos en cumplimiento de requisitos normativos bajo la Norma Técnica Colombiana- NTC ISO 9001:2015, hasta la implementación de las acciones de mejoramiento requeridas para el cumplimiento de la misma.<br>Aplicación: Procesos administrativos (gestión gerencial – talento humano, Gestión Financiera y Recursos físicos) con el fin de Verificar el grado de avance de los procesos en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital San Rafael de Fusagasugá bajo la Norma Técnica Colombiana- NTC ISO 9001:2015, con el objeto de asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continúa con la Dirección Estratégica de la Institución.<br>La auditoría interna evidenció que el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) se encuentra implementado, documentado y en funcionamiento conforme a los requisitos de la norma ISO 9001:2015.<br>Los procesos auditados —Talento Humano, Almacén, Biomédica, Facturación, Contratación y Compras— demuestran coherencia entre la planificación, ejecución y control de sus actividades, con registros que soportan la trazabilidad, la comunicación y la mejora continua.<br>Si bien el sistema es conforme con la norma, se identificaron aspectos que deben fortalecerse para asegurar su sostenibilidad y mejora continua:<br>• Gestión documental: algunos formatos no presentan codificación o control formal dentro del sistema, lo que puede afectar la trazabilidad.<br>• Seguimiento a indicadores: varios subprocesos no actualizan oportunamente los resultados de sus indicadores ni documentan los planes de mejora frente a desviaciones.<br>• Gestión de no conformidades menores: se evidencia ausencia de | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE |
| 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 surtirse en los procesos judiciales, tramites extrajudiciales y administrativos a cargo.<br>La falta de talento humano abogados para la defensa judicial | Sentencias adversas a la E.S.E que impongan obligaciones de hacer o pecuniarias y vencimiento de términos y se inicie por los Entes de Control, procesos disciplinarios y fiscales. | POSIBILIDAD DE SANCIONES Y CONDENAS, POR OMISIONES DE LA OFICINA JURIDICA | Impacto económico para la entidad<br>Incidentes de desacato | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | ALTA | 80% | CATASTROFICO | 100% | EXTREMO | 1 | SEGUIMIENTO A LA CONTESTACIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN DE LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS<br>QUIEN: TALENTO HUMANO DE JURIDICA<br>PERODICIDAD: SEMANAL<br>EVIDENCIA: APLICATIVO GEJUR- TRAZABILIDAD EN CORREOS ELECTRONICOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 100% | CATASTROFICO | EXTREMO | REDUCIR | REALIZAR SEGUIMIENTO A LA CONTESTACIÓN DE DERECHOS DE PETICIÓN DE LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS | TALENTO HUMANO DE JURIDICA | SEMANAL | 30/03/2025 | CONTESTACION DERECHOS DE PETICION DURANTE LA VIGENCIA DEL 01 ENERO HASTA EL 31 DE MARZO DE 2025 | 30/06/2025 | CONTESTACION DERECHOS DE PETICION DURANTE LA VIGENCIA DEL 01 ABRIL HASTA EL 30 DE JUNIO DE 2025 | 30/09/2025 | CONTESTACION DERECHOS DE PETICION DURANTE LA VIGENCIA DEL 01 JULIO HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025 | 30/12/2025 | CONTESTACION DERECHOS DE PETICION DURANTE LA VIGENCIA DEL 01 OCTUBRE HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025 |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | SEGUIMIENTO Y ASIGNACIÓN DE RESPONSABLE PARA CONTESTACIÓN Y DEBIDA TRAZABILIDAD MEDIANTE EL APLICATIVO GEJUR - GESTIÓN JURIDICA<br>QUEN: REFERENTE PROCESO JURIDICA<br>PERIODICIDAD: DIARIO<br>EVIDENCIA: MATRIZ GENERADA POR EL APLICATIVO GEJUR DONDE SE REALIZA ASIGNACIÓN DEL RESPONSABLE | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 100% | CATASTROFICO | | | REALIZAR SEGUIMIENTO Y ASIGNACIÓN DE RESPONSABLE PARA CONTESTACIÓN Y DEBIDA TRAZABILIDAD MEDIANTE EL APLICATIVO GEJUR - GESTIÓN JURIDICA | REFERENTE PROCESO JURIDICA | DIARIO | 30/03/2025 | GEGUIMIENTO REQUERIMIENTOS CONTESTADOS Y CORRESPONDENCIA GEJUR VIGENCIA 01 ENERO AL 31 MARZO DE 2025 | 30/06/2025 | SEGUIMIENTO REQUERIMIENTOS CONTESTADOS Y CORRESPONDENCIA GEJUR VIGENCIA 01 ABRIL AL 30 JUNIO DE 2025 | 30/09/2025 | EGUIMIENTO REQUERIMIENTOS CONTESTADOS Y CORRESPONDENCIA GEJUR VIGENCIA 01 JULIO AL 30 SEPTIEMBRE DE 2025 | 30/12/2025 | SEGUIMIENTO REQUERIMIENTOS CONTESTADOS Y CORRESPONDENCIA GEJUR VIGENCIA 01 JULIO AL 30 SEPTIEMBRE DE 2025 |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | SEGUIMIENTO A LA CONTESTACIÓN DE ACCIONES DE TUTELAS DE LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS<br>QUIEN: TALENTO HUMANO DE JURIDICA<br>PERODICIDAD: SEMANAL<br>EVIDENCIA: MATRIZ GENERADA POR EL APLICATIVO GEJUR | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 17% | MUY BAJA | 100% | CATASTROFICO | | | SEGUIMIENTO A LA CONTESTACIÓN DE ACCIONES DE TUTELAS DE LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS | TALENTO HUMANO DE JURIDICA | SEMANAL | 30/03/2025 | GSEGUIMIENTO A CONTESTACION DE ACCIONES DE TUTELAS DURANTE EL PERIODO DEL 01ENERO AL 31 DE MARZO DE 2025 | 30/06/2025 | SEGUIMIENTO A CONTESTACION DE ACCIONES DE TUTELAS DURANTE EL PERIODO DEL 01 ABRIL AL 30 DE JUNIO DE 2025 | 30/09/2025 | SEGUIMIENTO A CONTESTACION DE ACCIONES DE TUTELAS DURANTE EL PERIODO DEL 01 JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025 | 30/12/2025 | SEGUIMIENTO A CONTESTACION DE ACCIONES DE TUTELAS DURANTE EL PERIODO DEL 01 OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025 |
| | | | | | | | | | | | | | | 4 | SEGUIMIENTO A LA CONTESTACIÓN DE DEMANDAS RADICADAS EN LA OFICINA JURIDICA<br>QUIEN: TALENTO HUMANO DE JURIDICA<br>PERODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: MATRIZ GENERADA POR EL APLICATIVO GEJUR | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 10% | MUY BAJA | 100% | CATASTROFICO | | | SEGUIMIENTO A LA CONTESTACIÓN DE DEMANDAS RADICADAS EN LA OFICINA JURIDICA | TALENTO HUMANO DE JURIDICA | MENSUAL | 30/03/2025 | CONTESTACION DE DEMANDAS RADICADAS Y CONTESTADAS DURANTE LA VIGENCIA DEL 01 ENERO AL 31 DE MARZO DE 2025 | 30/06/2025 | CONTESTACION DE DEMANDAS RADICADAS Y CONTESTADAS DURANTE LA VIGENCIA DEL 01 ABRIL AL 30 DE JUNIO DE 2025 | 30/09/2025 | CONTESTACION DE DEMANDAS RADICADAS Y CONTESTADAS DURANTE LA VIGENCIA DEL 01 JULIO AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025 | 30/12/2025 | CONTESTACION DE DEMANDAS RADICADAS Y CONTESTADAS DURANTE LA VIGENCIA DEL 01 OCTUBRE AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025 |

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

| | |
|---|---|
| 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.

**PLAN DE ACCION:** se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia.

| 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 | ATRIBUTOS | | | | | | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO | | | | | | | | | |
| 6 | GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | REPUTACIONAL | Falencias en la estructura estudios y documentos previos de la etapa precontractual<br>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 | 0,8 | MODERADO | 0,6 | ALTA | 1 | SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA LISTA DE CHEQUEO TH-FT-26 "FORMATO LISTA DE CHEQUEO CONTRATACIÓN DIRECTA",<br>QUIÉN: OFICINA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO<br>PERIODICIDAD: DIARIO<br>MEDIO DE VERIFICACIÓN: OFICIOS DE RADICACIÓN DE CARPETAS QUE CUMPLEN CON LOS REQUISITOS DE LA LISTA DE CHEQUEO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA LISTA DE CHEQUEO TH-FT-26 "FORMATO LISTA DE CHEQUEO CONTRATACIÓN DIRECTA", | OFICINA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | DIARIO |
| | | | | | | | | | | | | | | 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"<br>QUIEN: PROFESIONALES DE TALENTO HUMANO<br>PERIODICIDAD: CADA QUE SE GENERE LA NECESIDAD DE UNA VINCULACIÓN<br>MEDIO DE VERIFICACIÓN: FORMATO TH-FT- 44 "MATRIZ DE SEGUIMIENTO SELECCIÓN Y VINCULACIÓN DEL TALENTO HUMANO " | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 60% | MODERADO | | | 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" | PROFESIONALES DE TALENTO HUMANO | CADA QUE SE GENERE LA NECESIDAD DE UNA VINCULACIÓN |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | CUMPLIMIENTO A LAS NECESIDADES DEL PERSONAL DE LAS SUBGERENCIAS MEDIANTE FORMATO REQUISIÓN DEL TALENTO HUMANO TH-FT-64<br>QUIEN: PROFESIONALES DE TALENTO HUMANO<br>PERIODICIDAD: CADA QUE SE GENERE LA NECESIDAD DE UNA VINCULACIÓN<br>MEDIO DE VERIFICACIÓN: FORMATO TH-FT- 64 | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 17% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | | CUMPLIMIENTO A LAS NECESIDADES DEL PERSONAL DE LAS SUBGERENCIAS MEDIANTE FORMATO REQUISIÓN DEL TALENTO HUMANO TH-FT-64 | REFERENTE DEL PROCESO TALENTO HUMANO | CADA QUE SE GENERE LA NECESIDAD DE UNA VINCULACIÓN |
| | | | | | | | | | | | | | | 4 | NOTIFICACIÓN DE NOVEDADES A LAS SUBGERENCIAS CORRESPONDIENTES<br>QUIEN: REFERENTE DEL PROCESO TALENTO HUMANO<br>PERIODICIDAD: CADA QUE UNA HOJA DE VIDA DEBE SER RADICADA EN LA SUBGERENCIA CORRESPONDIENTE<br>COMO: A TRAVÉS DE OFICIO FIRMADO POR EL APOYO ADMINISTRATIVO DEL PROCESO INDICANDO LAS NOVEDADES DE LOS ASPIRANTES<br>PARA QUE: LLEVAR LA TRAZABILIDAD UBICACIÓN DE LAS CARPETAS DE LOS ASPIRANTES<br>MEDIO DE VERIFICACIÓN: OFICIOS RADICADOS A LAS SUBGERENCIAS | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 20% | BAJA | 60% | MODERADO | | | REALIZAR NOTIFICACIÓN DE NOVEDADES A LAS SUBGERENCIAS CORRESPONDIENTES | REFERENTE DEL PROCESO TALENTO HUMANO | CADA QUE UNA HOJA DE VIDA DEBE SER RADICADA EN LA SUBGERENCIA CORRESPONDIENTE |
| 7 | GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO | REPUTACIONAL | Falta de cultura Organizacional | Falta de cultura Organizacional | PROBABILIDAD DE ALTA ROTACIÓN DEL PERSONAL | Sobre carga laboral<br>Fallas en la continuidad de las actividades dentro de los procesos | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | ALTA | 40% | MODERADO | 80% | ALTA | 1 | IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE BIENESTAR E INCENTIVOS EN LA INSTITUCIÓN<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: INFORME TRIMESTRAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 24% | MEDIA | 80% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE BIENESTAR E INCENTIVOS EN LA INSTITUCIÓN | TALENTO HUMANO | TRIMESTRAL |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSFORMACIÓN CULTURAL<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: INFORME TRIMESTRAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 14% | BAJA | 80% | MODERADO | | | IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSFORMACIÓN CULTURAL | TALENTO HUMANO | TRIMESTRAL |
| 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 COMUN | Aumento del ausentismo por enfermedad laboral o causa medica<br>Aumento de la frecuencia de la accidentalidad | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL<br>QUE: SEGUIMIENTO A INDICADORES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.<br>QUIEN: REFERENTE DE SST<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: INDICADORES DE GESTIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | REALIZAR SEGUIMIENTO A INDICADORES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. | SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SEMESTRAL |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | CAPACITACIÓN ACORDE A CRONOGRAMA PROGRAMADO DESDE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.<br>QUIEN: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO CON ASESORÍA DE AXA COLPATRIA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: CRONOGRAMA Y LISTADOS DE ASISTENCIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | | REALIZAR CAPACITACIÓN ACORDE A CRONOGRAMA PROGRAMADO DESDE EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. | SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | MENSUAL |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | INSPECCIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO<br>QUIEN: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO<br>PERIODICIDAD: UN SERVICIO MENSUAL<br>EVIDENCIA: INFORME DE INSPECCIONES Y CRONOGRAMA DE INSPECCIONES | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 25% | BAJA | 60% | MODERADO | | | REALIZAR INSPECCIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | MENSUAL |
| | | | | | | | | | | | | | | 4 | IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES DEL CRONOGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO<br>QUIEN: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: EJECUCIÓN DEL CRONOGRAMA Y SOPORTES DE EVIDENCIAS. | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 18% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | | REALIZAR IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES DEL CRONOGRAMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | TRIMESTRAL |
| | | | | | | | | | | | | | | 5 | INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES<br>QUIEN: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: FORMATO DE INVESTIGACIONES DILIGENCIADO | CORRECTIVO 10% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 25% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 18% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | | REALIZAR INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES | SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SEMESTRAL |
| | | | | | | | | | | | | | | 6 | SEGUIMIENTO AL AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD Y/O TRABAJO<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE AUTOREPORTE | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 18% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | | SEGUIMIENTO AL AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD Y/O TRABAJO | SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | TRIMESTRAL |

| REFERENCIA | No CONTROL | 1 TRIMESTRE | | 2 TRIMESTRE | | 3 TRIMESTRE | | 4 TRIMESTRE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025 | |
| | | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
| 6 | 1 | 30/03/2025 | Para el primer trimestre de la vigencia 2025 se dio cumplimiento a las necesidades del personal de acuerdo a la requisición del talento humano correspondiente a las Subgerencia Comunitaria, Subgerencia Científica y Subgerencia Administrativa.<br>Se adjunta como soporte documental los formatos de requisición del talento humano | 30/06/2025 | Para el segundo trimestre de la vigencia 2025, se atendieron oportunamente las necesidades de personal, conforme a las requisiciones de talento humano presentadas por la Subgerencia Comunitaria, la Subgerencia Científica y la Subgerencia Administrativa.<br>Como soporte documental, se anexan los formatos de requisición de talento humano debidamente diligenciados. | 30/09/2025 | Para el tercer trimestre de la vigencia 2025, se atendieron oportunamente las necesidades de personal, conforme a las requisiciones de talento humano presentadas por la Subgerencia Comunitaria, la Subgerencia Científica y la Subgerencia Administrativa.<br>Como soporte documental, se anexan los formatos de requisición de talento humano debidamente diligenciados. | 30/12/2025 | Para el cuarto trimestre de la vigencia 2025, se dio atención oportuna y conforme a lo establecido a las necesidades de personal, de acuerdo con las requisiciones de Talento Humano presentadas por la Subgerencia Comunitaria, la Subgerencia Científica y la Subgerencia Administrativa, garantizando la continuidad de la prestación del servicio y el cumplimiento de los lineamientos institucionales.<br>Como soporte documental, se anexan los formatos de requisición de Talento Humano debidamente diligenciados y aprobados, los cuales evidencian el cumplimiento del proceso durante el periodo evaluado. |
| | 2 | 30/03/2025 | Para el primer trimestre de la vigencia 2025 se dio cumplimiento a las necesidades del personal de acuerdo a la requisición del talento humano correspondiente a las Subgerencia Comunitaria, Subgerencia Científica y Subgerencia Administrativa.<br>Se adjunta como soporte documental los formatos de requisición del talento humano | 30/06/2025 | Para el segundo trimestre de la vigencia 2025, se atendieron oportunamente las necesidades de personal, conforme a las requisiciones de talento humano presentadas por la Subgerencia Comunitaria, la Subgerencia Científica y la Subgerencia Administrativa.<br>Como soporte documental, se anexan los formatos de requisición de talento humano debidamente diligenciados. | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de la vigencia 2025, se atendieron de manera oportuna y eficiente las necesidades de personal, conforme a las requisiciones de talento humano presentadas por la Subgerencia Comunitaria, la Subgerencia Científica y la Subgerencia Administrativa.<br>Este proceso se desarrolló garantizando el cumplimiento de los procedimientos internos establecidos para la gestión y provisión del talento humano, asegurando la adecuada cobertura de los requerimientos de cada área.<br>Como soporte documental, se anexan los formatos de requisición de talento humano debidamente diligenciados y aprobados, los cuales respaldan la trazabilidad y transparencia del proceso. | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025, se atendieron de manera oportuna y eficiente las necesidades de personal, conforme a las requisiciones de talento humano presentadas por la Subgerencia Comunitaria, la Subgerencia Científica y la Subgerencia Administrativa.<br>Este proceso se desarrolló garantizando el cumplimiento de los procedimientos internos establecidos para la gestión y provisión del talento humano, asegurando la adecuada cobertura de los requerimientos de cada área.<br>Como soporte documental, se anexan los formatos de requisición de talento humano debidamente diligenciados y aprobados, los cuales respaldan la trazabilidad y transparencia del proceso. |
| | 3 | 30/03/2025 | Para el primer trimestre de la vigencia 2025 se dio cumplimiento a las necesidades del personal de acuerdo a la requisición del talento humano correspondiente a las Subgerencia Comunitaria, Subgerencia Científica y Subgerencia Administrativa.<br>Se adjunta como soporte documental los formatos de requisición del talento humano | 30/06/2025 | Para el segundo trimestre de la vigencia 2025, se atendieron las necesidades de personal de acuerdo con las requisiciones de talento humano presentadas por la Subgerencia Comunitaria, la Subgerencia Científica y la Subgerencia Administrativa.<br>Como soporte documental, se anexan los formatos de requisición de talento humano correspondientes. | 30/09/2025 | Para el tercer trimestre de la vigencia 2025, se dio cumplimiento a las necesidades del personal de acuerdo a la requisición del talento humano correspondiente a las subgerencias de la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá. | 30/12/2025 | Para el cuarto trimestre de la vigencia 2025, se dio cumplimiento a las necesidades del personal de acuerdo a la requisición del talento humano correspondiente a las subgerencias de la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá. |
| | 4 | 30/03/2025 | Para el primer trimestre de la vigencia 2025 se dio cumplimiento a las necesidades del personal de acuerdo a la requisición del talento humano correspondiente a las Subgerencia Comunitaria, Subgerencia Científica y Subgerencia Administrativa.<br>Se adjunta como soporte documental los formatos de requisición del talento humano | 30/06/2025 | Para el segundo trimestre de la vigencia 2025, se atendieron las necesidades de personal de acuerdo con las requisiciones de talento humano presentadas por la Subgerencia Comunitaria, la Subgerencia Científica y la Subgerencia Administrativa.<br>Como soporte documental, se anexan los formatos de requisición de talento humano correspondientes. | 30/09/2025 | Para el tercer trimestre de la vigencia 2025, se dio cumplimiento a las necesidades del personal de acuerdo a la requisición del talento humano correspondiente a las subgerencias de la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá. | 30/12/2025 | Para el cuarto trimestre de la vigencia 2025, se dio cumplimiento a las necesidades del personal de acuerdo a la requisición del talento humano correspondiente a las subgerencias de la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá. |
| 7 | 1 | 30/03/2025 | Se realiza seguimiento al cumplimiento del cronograma de implementación del Plan de Bienestar e Incentivos, identificado con el código TH-PN-07 V08, el cual contempla un total de 86 actividades programadas para la vigencia 2025.<br>A corte del primer trimestre del año (enero – marzo), se programaron 15 actividades, de las cuales se logró la ejecución completa de las mismas, alcanzando así un cumplimiento del 100% en dicho periodo.<br>Asimismo, respecto al avance global del plan, se registra un 17.44% de ejecución sobre el total de las actividades programadas para la vigencia, lo cual evidencia un desarrollo positivo en la implementación del plan durante los primeros meses del año. | 30/06/2025 | Se realiza seguimiento al cumplimiento del cronograma de implementación del Plan de Bienestar e Incentivos, identificado con el código TH-PN-07 V08, el cual contempla un total de 86 actividades programadas para la vigencia 2025.<br>A corte del segundo trimestre del año (abril – junio), se programaron 24 actividades, de las cuales se logró la ejecución completa de las mismas, alcanzando así un cumplimiento del 100% en dicho trimestre.<br>En términos globales, se registra un avance del 38% sobre el total de actividades planificadas para la vigencia, reflejando así un progreso positivo en la implementación del plan durante el primer semestre del año. | 30/09/2025 | Se realiza seguimiento al cumplimiento del cronograma de implementación del Plan de Bienestar e Incentivos, identificado con el código TH-PN-07 V08, el cual contempla un total de 86 actividades programadas para la vigencia 2025.<br>Al corte del tercer trimestre del año (julio – septiembre), se programaron 21 actividades, logrando la ejecución completa del 100% de las mismas, lo que evidencia el cumplimiento total de las metas establecidas para dicho periodo.<br>En términos generales, se registra un avance acumulado del 70% sobre el total de actividades planificadas para la vigencia, reflejando un progreso positivo y sostenido en la implementación del plan durante el tercer trimestre del año. | T | Se da cumplimiento del cronograma de implementación del Plan de Bienestar e Incentivos, identificado con el código TH-PN-07 V08, el cual contempla un total de 87 actividades que fueron programadas y ejecutadas para la vigencia 2025.<br>En términos generales, se registra un avance acumulado del 100% sobre el total de actividades planificadas para la vigencia, reflejando un progreso positivo y sostenido en la implementación del plan durante el año. |
| | 2 | 30/03/2025 | Desde el proceso de Talento Humano se implemento el Programa de Transformación Cultural la cual busca cambiar y fortalecer la cultura organizacional de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, con el fin de alinear los valores, comportamientos, prácticas y actitudes de los colaboradores con los objetivos institucionales, a as nuevas realidades del entorno.<br>Para el primer trimestre de la vigencia 2025, se realizaran las actividades de acuerdo al Plan de Acción de Transformación Cultural | 30/06/2025 | Desde el proceso de Talento Humano se implemento el Programa de Transformación Cultural la cual busca cambiar y fortalecer la cultura organizacional de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, con el fin de alinear los valores, comportamientos, prácticas y actitudes de los colaboradores con los objetivos institucionales, a las nuevas realidades del entorno.<br>Para el segundo trimestre de la vigencia 2025, se realizaran las actividades de acuerdo al Plan de Acción de Transformación Cultural | 30/09/2025 | Desde el proceso de Talento Humano se implementó el Programa de Transformación Cultural, el cual tiene como propósito cambiar y fortalecer la cultura organizacional de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, con el fin de alinear los valores, comportamientos, prácticas y actitudes de los colaboradores con los objetivos institucionales y las nuevas realidades del entorno.<br>Para el tercer trimestre de la vigencia 2025, las actividades se ejecutarán conforme al Plan de Acción del Programa de Transformación Cultural, dando continuidad al proceso de fortalecimiento institucional y de desarrollo del talento humano. | 30/12/2025 | Desde el proceso de Talento Humano se implementó el Programa de Transformación Cultural, el cual tiene como propósito cambiar y fortalecer la cultura organizacional de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, con el fin de alinear los valores, comportamientos, prácticas y actitudes de los colaboradores con los objetivos institucionales y las nuevas realidades del entorno.<br>Para el cuarto trimestre de la vigencia 2025, las actividades se ejecutarán conforme al Plan de Acción del Programa de Transformación Cultural, dando continuidad al proceso de fortalecimiento institucional y de desarrollo del talento humano. |
| 8 | 1 | 30/03/2025 | Para la vigencia 2025 el ausentismo continua en o días a causa de enfermedad laboral de acuerdo al indicador.<br>Los controles y seguimientos , así como las acciones preventivas frente al cumplimiento de las restricciones y recomendaciones de origen laboral . | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/12/2025 | Para la vigencia 2025 el ausentismo continua en o días a causa de enfermedad laboral de acuerdo al indicador.<br>Los controles y seguimientos , así como las acciones preventivas frente al cumplimiento de las restricciones y recomendaciones de origen laboral demuestran que han sido efectivas para minimizar el ausentismo. |
| | 2 | 30/03/2025 | La capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo es una herramienta fundamental para la prevención de incidentes, el fortalecimiento de la cultura del autocuidado y el cumplimiento normativo en materia de riesgos laborales. En este contexto, el cronograma de capacitaciones constituye un instrumento estratégico de planificación, control y mejora continua del SG-SST.<br>Para la vigencia de 2025 se aprobaron y programaron 54 actividades de capacitación dirigida a todos los colaboradores de la institución independiente de su forma de vinculación. en aspectos de riesgos y plan de emergencias.<br>1. Se participa mensualmente de la inducción general de la institución programada por talento humano .<br>2.. Realizar capacitación a los integrantes del comité de emergencias en sus funciones dentro del plan de emergencias.<br>3. Realizar capacitación en prevención, reporte y ruta de atención del accidente de trabajo de riesgo biológico y otros riesgos, dirigida a personal asistencial, administrativo y de apoyo.<br>4. Realizar capacitación en torno al paquete de prevención del cansancio, dirigida a personal asistencial: Durante el mes de Febrero se realiza jornada de despliegue del paquete instruccional de prevención del cansancio dirigida a los colaboradores de puestos de Salud .<br>Se estableció una actividad de sensibilización, haz un alto en tu camino y | 30/06/2025 | Para el mes de agosto de 2025 dando cumplimiento al cronograma de Capacitación establecido para la vigencia se realizaron las siguientes actividades:<br>INDUCCIONES VIRTUALES Y PRESENCIALES:<br>Durante la jornada se desarrolló la inducción especifica del SG-SST para el personal asistencial a 5 auxiliares de enfermería y 5 médicos del Servicio de urgencias, abordando temas de alta relevancia para el ejercicio seguro de las labores, entre ellos:<br>• Política institucional de SST y seguridad vial: principios, compromisos y responsabilidades de todos los colaboradores.<br>• Bioseguridad: medidas de protección personal y colectiva.<br>• Riesgos asociados a la actividad asistencial y su prevención.<br>• Accidente de trabajo y procedimiento de reporte: importancia de la notificación oportuna.<br>• Medidas estándar de bioseguridad: higiene de manos, uso adecuado de EPP, manejo seguro de elementos cortopunzantes, desinfección y limpieza.<br>• Plan de emergencias institucional: rutas de evacuación, uso de extintores, cadena de llamadas, puntos de encuentro y equipos de | 30/09/2025 | Durante el mes de septiembre de 2025 se ejecutaron 5 actividades de capacitación enmarcadas en el SG-SST, con una cobertura aproximada de más de 100 colaboradores, entre personal asistencial, administrativo, estudiantes y contratistas.<br>Estas acciones permiten evidenciar el compromiso institucional con el fortalecimiento de la cultura de prevención, el autocuidado y la mejora continua en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.<br>Tema 1: Inducción Virtual al SG-SST<br>Fecha: Septiembre 2025 (según disponibilidad en plataforma Moodle).<br>Modalidad: Virtual.<br>Participantes: 5 colaboradores.<br>Objetivo: Sensibilizar a los colaboradores sobre la importancia del SG-SST y promover la apropiación de sus lineamientos desde el ingreso a la institución.<br>Evidencias: Registros de ingreso a plataforma Moodle.<br>Tema 2: Inducciones Presenciales – Talento Humano<br>Fecha: 26 de septiembre de 2025.<br>Modalidad: Presencial. | 30/12/2025 | Durante el año 2025 se realizaron capacitaciones, pausas activas, jornadas lúdicas, socializaciones institucionales y actividades de acompañamiento técnico, entre las que se destacan:<br>Prevención del riesgo biomecánico: jornadas mensuales con orientación práctica sobre posturas, estiramientos y autocuidado. en articulación con profesional de AXA COLPATRIA<br>Pausas activas y actividades lúdicas: ejercicios grupales, juegos de integración como "La Rana", estiramientos de cuello y miembros superiores, y sesiones de activación física y mental guiadas por el preparador físico Yair Molina.<br>Socialización de la Política del SG-SST, incluyendo el componente de ambientes laborales libres de humo en plataforma virtual moodle a 1205 de 1509 colaboradores de la institución para un 80 % de cobertura .<br>Capacitaciones en autocuidado y ergonomía, orientadas por profesionales de salud de la ARL AXA Colpatria.<br>Reinducción institucional y promoción del reporte oportuno de condiciones de salud y trabajo.<br>Capacitaciones sobre responsabilidades en SST para contratistas, cumplimiento normativo y autocuidado.<br>Seguimiento y socialización de restricciones médicas y casos laborales en |
| | 3 | 30/03/2025 | Dentro de los componentes del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo se encuentra el programa de inspecciones planeadas y no planeadas, cuyo objetivo es la identificación de<br>condiciones que pueden afectar la salud y la seguridad de los trabajadores y de la prestación del<br>servicio, con el fin de emitir recomendaciones de mejoramiento.<br>Teniendo en cuenta lo anterior, la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá, con el acompañamiento<br>y asesoría técnica de la ARL AXA COLPATRIA, programa y efectúa las visitas de inspección con el<br>fin de verificar las condiciones de higiene y seguridad industrial, producto del cual se emite el<br>siguiente informe con las respectivas recomendaciones de intervención. Así mismo, realiza<br>inspecciones derivadas de reportes de condiciones de riesgo por parte de los colaboradores a fin de<br>verificar posibles alternativas de intervención para la mitigación correspondiente<br>Para la vigencia del 2025 se aprueba cronograma de inspecciones general de la institución en comité copasst , con un objetivo de 54 inspecciones planeadas en total para el año.<br>Para el mes de enero se realiza INSPECCIÓN ENFOCADA A LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE SEGURIDAD DERIVADO DE REPORTE DE CONDICIÓN DE RIESGO EN SERVICIO DE URGENCIAS ADULTO.<br>Para los aspectos de adherencia a uso de elementos de protección | 30/06/2025 | Durante el periodo correspondiente a mayo del 2025 se efectuaron las inspeccione programadas evidenciando un cumplimiento del 100% de las actividades establecidas.<br>Estas inspecciones tuvieron como objetivo identificar condiciones de riesgo, verificar el cumplimiento de normas de seguridad, fortalecer los programas institucionales de prevención y garantizar ambientes laborales seguros para todo el personal. A continuación, se describen las acciones ejecutadas:<br>Inspecciones aleatorias mensuales de seguridad industrial:<br>Se realizaron inspecciones mensuales no programadas en diferentes áreas de trabajo tanto de la sede principal como de los puestos de salud, con el fin de identificar condiciones subestándar relacionadas con seguridad industrial, equipos, orden y limpieza.<br>Inspecciones mensuales de bioseguridad:<br>Se llevó a cabo la verificación mensual de la adherencia a las normas de bioseguridad, incluyendo el uso adecuado de elementos de protección personal (EPP), higiene de manos y cumplimiento de protocolos en las diferentes áreas asistenciales y administrativas en los servicios de Urgencias adulto, uci 4 y 5 , medicina interna y quirúrgicas.<br>Inspecciones semestrales a maquinaria crítica e infraestructura técnica:<br>Se realizaron dos inspecciones durante el año para evaluar las condiciones locativas, funcionamiento, mantenimiento y controles preoperacionales | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de 2025 se ejecutaron 14 inspecciones de seguridad correspondientes al plan anual del SG-SST, cumpliendo el 100% de las actividades programadas para el periodo.<br>Las inspecciones tuvieron como propósito identificar condiciones de riesgo, verificar la adherencia al uso de elementos de protección personal y asegurar la implementación de medidas preventivas en los diferentes servicios de la institución.<br>Servicios y Áreas Evaluadas<br>Centro de Atención Ambulatoria<br>Lavandería<br>Propiedad Planta y Equipo (Mantenimiento)<br>Facturación y Archivo<br>Hospitalización<br>Urgencias<br>Central de Esterilización<br>Sala de Cirugía<br>Consulta Externa | 30/12/2025 | Durante la vigencia 2025, el Subproceso de Seguridad y Salud en el Trabajo realizó inspecciones periódicas a los diferentes procesos y subprocesos del hospital, con el propósito de identificar condiciones y actos inseguros, verificar el cumplimiento de los estándares del SG-SST y garantizar ambientes laborales seguros para los colaboradores, pacientes y visitantes.<br>Las inspecciones se desarrollaron conforme al Plan Anual de Trabajo 2025, aplicando listas de chequeo institucionales y criterios técnicos de observación directa, priorizando las áreas con mayor exposición a riesgo.<br>Durante el año 2025 se realizaron inspecciones de tipo general, específicas y temáticas, entre las cuales se destacan:<br>Inspecciones de seguridad locativa: revisión de pisos, techos, iluminación, ventilación, cableado eléctrico, mobiliario y señalización.<br>Inspecciones ergonómicas: verificación de condiciones de trabajo en puestos administrativos y asistenciales (altura de mesones, estado de sillas, posturas de trabajo, apoyo de pies).<br>Inspecciones de equipos y herramientas: revisión del estado de extintores, camillas, sillas de ruedas, carritos de curaciones, equipos eléctricos, y condiciones de almacenamiento.<br>Inspecciones en servicios asistenciales y de apoyo: áreas de laboratorio, urgencias, hospitalización, central de esterilización, cocina, lavandería, mantenimiento y servicios generales. |
| | 4 | 30/03/2025 | Para la vigencia 2025 bajo RESOLUCION 018 de 2025 se aprueba el Plan anual de Trabajo del SG SST , de el se derivan cronogramas de Capacitación, inspecciones, brigada de emergencias y los organismos de apoyo al SG SST que son los comités de COPASST Y EMERGENCIAS.<br>32 ACTIVIDADES PARA EL DESPLIEGUE. 11 Actividades que se desarrollan de manera mensual para una ejecución del 53%; 1 actividad atrasada que es el instructivo de manejo segur del ambiente físico el cual se está construyendo.<br>el Plan anual de trabajo de SST esta en un porcentaje de ejecución del 94 %.<br>El cronograma de capacitación se tiene ejecutado con corte a abril al 100% .<br>1. Se participa mensualmente de la inducción general de la institución programada por talento humano .<br>2.. Realizar capacitación a los integrantes del comité de emergencias en sus funciones dentro del plan de emergencias.<br>3. Realizar capacitación en prevención, reporte y ruta de atención del accidente de trabajo de riesgo biológico y otros riesgos, dirigida a personal asistencial, administrativo y de apoyo.<br>4. Realizar capacitación en torno al paquete de prevención del cansancio, dirigida a personal asistencial: Durante el mes de Febrero se realiza | 30/06/2025 | CAPACITACIONN EMERGENCIAS :<br>Capacitar de forma planificada y continua a todo el personal garantiza una respuesta eficiente, segura y organizada ante cualquier tipo de emergencia, protegiendo la vida e integridad de todos los actores dentro de la institución.<br>Implementar sesiones de capacitación dirigidas a todo el personal del hospital, incluyendo a los brigadistas y al personal asistencial y administrativo, es una acción clave para fortalecer la preparación institucional ante situaciones de emergencia.<br>Estas capacitaciones, enmarcadas dentro del cronograma definido por el hospital para la vigencia de 2025, permiten garantizar que cada colaborador:<br>Conozca el Plan de Emergencias institucional en su estructura, procedimientos y rutas de evacuación.<br>Identifique claramente su rol y responsabilidades en caso de presentarse una situación crítica, como incendios, sismos, amenazas externas, fallas eléctricas o emergencias sanitarias.<br>Actúe de manera oportuna y coordinada, minimizando el riesgo para su propia seguridad, la de sus compañeros, los pacientes y visitantes.<br>Refuerce la respuesta articulada con la brigada de emergencias, quienes | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de 2025 se ejecutaron 79 actividades de 84 programadas, alcanzando un nivel de cumplimiento del 94%, lo que evidencia un avance significativo en la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, con impacto en la prevención de riesgos, el fortalecimiento del autocuidado y el cumplimiento normativo.<br>1. Gestión del COPASST: Se gestionó mensualmente el comité, en cumplimiento del cronograma definido desde Planeación. Se realizó seguimiento al plan de trabajo, asegurando trazabilidad y mejora continua.<br>2. Matriz de acciones preventivas, correctivas y de mejora: Se dio seguimiento oportuno a los compromisos del SG-SST, garantizando la implementación de medidas de control. Seguimiento a la matriz de acciones preventivas, mejora y acciones correctivas del SG SST.<br>3. Se están Implementando registros de seguimiento documentados en el procedimiento de medicina preventiva y del trabajo.<br>4. Se realizan gestiones médicas a colaboradores dependiente e independientes: 1.Validación y verificación de exámenes médicos ocupacionales. 2 Citación a exámenes médicos a personal de planta según necesidad y profesiograma. 3. Seguimiento a condiciones de Salud de población trabajadora.<br>5. Se Realizan Inducciones virtuales y presenciales. | 30/12/2025 | Para la vigencia del 2025 se programaron un total de 334 actividades en total de acuerdo al Plan de trabajo anual . Se dio cumplimiento a 318 actividades para un 95.2 % de cumplimiento total.<br>La actividades identificadas a las cuales no se les dio cumplimiento por temas administrativos como asignación de recurso humano requerido de acuerdo a La normatividad vigente :<br>Plan estratégico de seguridad vial: Dar continuidad a la documentación e implementación del plan.<br>Trabajo en alturas: Dar continuidad a la implementación del programa de protección contra caídas.<br>y Riesgo locativo: Revisar, socializar y actualizar la guía de uso seguro del ambiente físico.<br>Las brechas fueron identificadas y para la vigencia del 2026 se han realizado diversos ajustes que permitirán se de un cumplimiento total.<br>Se dio cumplimiento a sesiones de copasst y comité de emergencias al 100%.<br>Plan de capacitación ejecutado al 100%.<br>Inspecciones programadas de higiene y Seguridad Industrial , emergencias , a sede central y puestos de salud cumplimiento al 100%. |
| | 5 | 30/03/2025 | De los 17 accidentes reportados a 31 de marzo,<br>el 71% que corresponde a 12 casos, se presentaron en auxiliares de enfermería de urgencias, hospitalización, un caso en vacunación y el último caso registrado en APS.<br>Estos casos tuvieron relación con riesgo biológico, biomecánico, químico y tránsito. 2 casos se registraron en enfermeros de UCI y urgencias respectivamente, uno de riesgo mecánico y otro de riesgo biológico.<br>Los casos restantes se presentaron en bacteriólogo, instrumentador y auxiliar de servicios generales, que corresponden a riesgo biológico, locativo y biomecánico respectivamente.<br>Caracterización de la Accidentalidad Primer Trimestre 2025<br>El 35% de los accidentes que corresponde a 6 casos, tiene relación con riesgo biológico de origen humano, de los cuales 4 casos se produjeron por actos inseguros de personal de enfermería y laboratorio y 2 por condiciones inseguras (auxiliar de central y médico estudiante en cirugía).<br>El 29% que corresponde a 5 casos, están relacionados con riesgo biomecánico, 4 auxiliares de enfermería (levantamiento de pacientes) y 1 auxiliar de servicios generales (movimiento de mueble).<br>Los 2 eventos de riesgo locativo se produjeron en urgencias y cirugía y fueron intervenidos inmediatamente.<br>El evento de riesgo público se presentó en auxiliar de enfermería de APS. | 30/06/2025 | Porcentaje de Investigación de Accidentes e Incidentes – I Semestre 2025<br>Durante el primer semestre de 2025, se reportaron un total de 44 accidentes de origen laboral, distribuidos según el tipo de riesgo así:<br>19 por riesgo biológico de origen humano<br>6 por riesgo biomecánico<br>5 por riesgo mecánico<br>4 por riesgo público<br>1 por riesgo físico<br>8 por riesgo locativo<br>1 por accidente de tránsito<br>Comparado con el mismo periodo del año 2024, se evidencia un caso más reportado en 2025.<br>El análisis por servicio muestra que la mayor concentración de casos se presentó en el servicio de Urgencias Adulto, seguido por Salas de Cirugía con 5 casos, y Propiedad Planta y Equipo y Subgerencia Comunitaria, cada uno con 4 casos reportados.<br>Respecto a las causas inmediatas: | 30/09/2025 | Con relación a las causas básicas, se identificaron:<br>45 eventos por factor humano (mano de obra), asociados a decisiones del colaborador, baja percepción del riesgo u omisión de protocolos establecidos.<br>17 eventos por método, derivados de la ausencia o deficiencia en procedimientos o documentos de trabajo.<br>14 eventos por maquinaria o equipos, vinculados al uso o mantenimiento inadecuado.<br>10 eventos clasificados en otras causas.<br>De cada evento investigado se generó su respectivo plan de mejoramiento, para un total de 94 planes formulados durante la vigencia. De estos, 88 planes (94%) fueron cerrados con verificación de cumplimiento, mientras que 6 permanecen abiertos, al encontrarse en ejecución o seguimiento de actividades correctivas.<br>Cada informe de investigación fue socializado con el área responsable y presentado en el Comité COPASST, garantizando la trazabilidad y la gestión integral de los casos.<br>Conclusiones y acciones de mejora<br>El incremento de eventos frente a la vigencia anterior refuerza la | 30/12/2025 | Durante la vigencia 2025, el Subproceso de Seguridad y Salud en el Trabajo adelantó el seguimiento, análisis e investigación de los accidentes de trabajo reportados por el personal asistencial, administrativo y de apoyo, en cumplimiento de la normatividad vigente y de los lineamientos establecidos en el Plan Anual del SG-SST.<br>El propósito de este seguimiento es identificar las causas inmediatas y básicas de los eventos, determinar acciones correctivas y fortalecer la gestión preventiva en todos los procesos institucionales.<br>Para la vigencia 2025 se reportaron e investigaron un total de 94 accidentes de trabajo, lo que representa 5 eventos más que en la vigencia 2024.<br>Se adjunta presentación del copasst del mes de enero 2026, en donde se socializan los eventos .ocurridos en la vigencia 2025<br>La distribución de los eventos según el tipo de riesgo fue la siguiente:<br>Biológico (origen humano) 35<br>Biológico (origen animal) 1<br>Biomecánico 13<br>Mecánico 10<br>Público 14<br>Físico-químico 1<br>Locativo 17<br>Tránsito 3 |
| | 6 | 30/03/2025 | Los autoreportes de condiciones de salud y/o trabajo es fundamental para fortalecer la gestión preventiva y la participación activa de los trabajadores.<br>Dichos mecanismos mecanismos mediante los cuales los trabajadores informan voluntariamente sobre:<br>Síntomas de enfermedad o afectaciones a su salud relacionadas con el trabajo.<br>Condiciones inseguras o insalubres en el entorno laboral.<br>Situaciones de riesgo psicosocial, biomecánico, físico o mental.<br>Estos reportes pueden realizarse de forma verbal, escrita o digital, y son confidenciales.<br>Durante el primer trimestre se presentaron 9 autoreportes de condiciones de salud y o trabajo.<br>5 Por silla inadecuada , ausencia de la misma . Se gestiona y se asigna .<br>3 por condición de salud enfermedad de origen común que esta en seguimiento por Eps.<br>1 por condiciones locativas en el área de crónicos por humedad, ausencia de ventilación, diseño deficiente de puestos de trabajo. Esta se lleva a COPASST con el fin de solicitar revisión e intervención; arquitecto de la institución indica que se van a realizar las respectivas intervenciones con el fin de mejorar sus condiciones. | 30/06/2025 | Julio 14 de 2025 / Paula Alejandra Arias Valencia - (Profesional especializado de seguridad y salud en el trabajo)<br>El autoreporte no es un trámite más, sino una acción de corresponsabilidad que fortalece la cultura del autocuidado, promueve espacios de trabajo seguros y evidencia el compromiso tanto del trabajador como de la institución en la prevención del daño.es una herramienta fundamental dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), ya que permite identificar, de manera oportuna, factores que puedan afectar la integridad física, mental o emocional de los trabajadores.<br>Durante el segundo trimestre se registran 5 Autoreportes de condición de salud y o trabajo. Para intervenir esta situación se busca fortalecer las acciones preventivas frente a factores de riesgo biomecánico y ergonómico, tales como:<br>Posturas prolongadas o inadecuadas,<br>Manipulación manual de cargas,<br>Movimientos repetitivos,<br>Estaciones de trabajo no ajustadas a la antropometría del trabajador.<br>Desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), se adelanta el análisis detallado de cada uno de los casos reportados, con el fin de:<br>Realizar inspecciones específicas en los puestos de trabajo identificados, | 30/09/2025 | La institución, en el marco de la conservación del estado de salud de sus colaboradores, ha dado cumplimiento a las restricciones de origen laboral y común reportadas al subproceso de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST). Cada restricción es socializada oportunamente con el supervisor del contrato y con el referente correspondiente, quedando como soporte el acta respectiva.<br>Actualmente, se cuenta con cuatro trabajadores de planta diagnosticados con enfermedad laboral, quienes se encuentran reubicados en servicios acordes, garantizando el cumplimiento de las restricciones y recomendaciones médicas. Estos colaboradores acuden de manera periódica a sus controles de salud, de acuerdo con lo establecido por el sistema de vigilancia.<br>En el mes de Agosto se realizó socialización de condición de salud de manera presencial de contratista de laboratorio clínico y en acta quedaron consignada la ejecución del seguimiento y el cumplimiento de parte de la institución a las recomendaciones de origen común que presenta la contratista.<br>Socialización de condiciones de salud y restricciones de colaboradora de planta en la que participaron subgerente científico y administrativo, Referente de Talento Humano, Supervisión de Enfermería, Jefe Salas de Cx, Asesora AXA Colpatria y Referente SST. Queda acta como soporte.<br>En el mes de Septiembre se realiza socialización con el departamento de enfermería de condiciones de salud de contratista asistencial, vía correo | 30/12/2025 | Durante el último trimestre de la vigencia 2025, desde el Subproceso de Seguridad y Salud en el Trabajo se realizó el seguimiento al cumplimiento de las restricciones y/o recomendaciones médicas emitidas por Medicina Laboral y las especialidades de la ARL AXA Colpatria, con el fin de verificar la aplicación de medidas preventivas, adaptaciones laborales y controles orientados a proteger la salud y bienestar de los colaboradores.<br>El seguimiento abarcó siete (7) colaboradores pertenecientes a diferentes procesos y subprocesos de la institución, incluyendo áreas asistenciales, administrativas y de apoyo diagnóstico.<br>1. Laboratorio Clínico:<br>Colaboradora con restricciones emitidas por Medicina Laboral y especialidad de ARL AXA Colpatria, las cuales se cumplen actualmente en su área de trabajo. Se evidencia pendiente la actualización del examen médico ocupacional, solicitud que fue reiterada vía correo electrónico al cierre de la vigencia sin obtener aún respuesta.<br>2. Colaboradora con seguimiento post accidente grave (2024):<br>Se da cumplimiento a las restricciones médicas y recomendaciones de la ARL. Su proceso de rehabilitación avanza de forma favorable. Durante las actividades mensuales de riesgo biomecánico se le orientan ejercicios complementarios para su recuperación.<br>En la verificación de su estación de trabajo se identifican condiciones ergonómicas no adecuadas: altura del mesón (85 cm) que impide el ángulo de confort en hombros y codos, lámina frontal que restringe el ingreso de piernas, falta de apoya pies y silla con sistema hidráulico |

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

**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 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | GESTIÓN DE MERCADEO | 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 EAPB | Reducción de ingresos por servicios médicos<br>Pérdida de pacientes y confianza en el hospital<br>Limitación en el acceso a nuevos convenios o financiaciones | RIESGO DE CREDITO<br>RIESGO DE LIQUIDEZ | PROCESO | MEDIA | 80% | MODERADO | 60% | MODERADO |
| 10 | GESTIÓN DE MERCADEO | ECONOMICO | Análisis inadecuado de tarifas | Falta de análisis de mercado | POSIBILIDAD DE IMPACTO ECONÓMICO POR ACUERDO INEFICIENTE DE TARIFAS CON LOS ASEGURADOS O PAGADORES | Pérdida de rentabilidad en los servicios ofrecidos<br>Aumento de la deuda o dependencia financiera | RIESGO ACTUARIAL<br>RIESGO MERCADO DE CAPITALES | PROCESO | MEDIA | 60% | MODERADO | 60% | MODERADO |
| 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<br>Afectación de la imagen institucional | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 12 | SIAU | REPUTACIONAL | Rotación de los lideres | Desconocimiento del procedimiento gestión de PQRSFD | PROBABILIDAD DE VENCIMIENTO DE TERMINOS EN LA GENERACIÓN DE RESPUESTA DE PQRSFD A LOS USUARIOS | Demandas ante entes de control<br>Afectación de la imagen institucional | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 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 PRACTICAS | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 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 ENTES DE CONTROL O REGULADOR POR INOPORTUNIDAD E INCUMPLIMIENTO DE LAS METAS TRAZADAS | MULTAS O SANCIONES AFECTACIÓN ECONOMICA SOBRE LA ENTIDAD | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | MEDIA | 60% | MODERADO | 60% | MODERADO |

| | 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. | | | | | | | | | | | | | | PLAN DE ACCION: se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia. | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ATRIBUTOS | | | | | | | | | | | | | | |
| REFERENCIA | No CONTROL | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD |
| | 7 | SEGUIMIENTO A CONDICIONES Y RESTRICCIONES MEDICAS<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE SEGUIMIENTO A CONDICIONES Y RESTRICCIONES MEDICAS | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 18% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | | SEGUIMIENTO A CONDICIONES Y RESTRICCIONES MEDICAS | SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | TRIMESTRAL |
| 9 | 1 | SEGUIMIENTO A LOS ACUERDOS CONTRACTUALES CON LOS ASEGURADORES Y EJECUCIÓN DE LA FACTURACIÓN.<br>QUIEN: REFERENTE DE MERCADEO<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: OFICIOS, ACTAS DE COMITÉ DE GESTIÓN COMPARTIDA, FICHA DE CONTRATACIÓN DONDE SE EVIDENCIA EL SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | SEGUIMIENTO A LOS ACUERDOS CONTRACTUALES CON LOS ASEGURADORES Y EJECUCIÓN DE LA FACTURACIÓN. | REFERENTE DE MERCADEO | MENSUAL |
| 9 | 2 | REUNIONES PRIORIZADAS CON ALIADOS ESTRATÉGICOS CON EL FIN. DE CORREGIR DESVIACIÓN SEGUIMIENTO A SOLICITUDES<br>QUIEN: PARTICIPANTES DEL COMITÉ DE GESTIÓN COMPARTIDO<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA : ACTAS DE COMITÉ | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 60% | MODERADO | | | REUNIONES PRIORIZADAS CON ALIADOS ESTRATÉGICOS CON EL FIN. DE CORREGIR DESVIACIÓN SEGUIMIENTO A SOLICITUDES | PARTICIPANTES DEL COMITÉ DE GESTIÓN COMPARTIDO | MENSUAL |
| 10 | 1 | ESTABLECER EL ESTUDIO DE MERCADO, COSTOS Y VENTAS EN CONJUNTO CON DICHOS PROCESOS, CON LA FINALIDAD DE REALIZAR ACUERDOS BENEFICIOSOS PARA LA ENTIDAD<br>QUIEN: REFERENTES DE MERCADEO, COSTOS Y FACTURACIÓN<br>PERIODICIDAD: A DEMANDA<br>EVIDENCIA: NOTAS TÉCNICAS O ANEXOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | ESTABLECER EL ESTUDIO DE MERCADO, COSTOS Y VENTAS EN CONJUNTO CON DICHOS PROCESOS, CON LA FINALIDAD DE REALIZAR ACUERDOS BENEFICIOSOS PARA LA ENTIDAD | REFERENTES DE MERCADEO, COSTOS Y FACTURACIÓN | A DEMANDA |
| 11 | 1 | MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN A LOS USUARIOS QUE ASISTEN A LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y AMBULATORIO, A TRAVÉS DE ENCUESTAS REALIZADO POR LOS ORIENTADORES DE SIAU, MEDIANTE FORMATO AU-FT-14 V01 Y AU-FT-15 V01<br>QUIEN: ORIENTADOR SIAU<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: INFORME PRESENTADO A GERENCIA. | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 70% | ALTA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN A LOS USUARIOS QUE ASISTEN A LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y AMBULATORIO, A TRAVÉS DE ENCUESTAS REALIZADO POR LOS ORIENTADORES DE SIAU, MEDIANTE FORMATO AU-FT-14 V01 Y AU-FT-15 V01 | ORIENTADOR SIAU | MENSUAL |
| 11 | 2 | SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES CORRECTIVAS DE LOS SERVICIOS QUE PRESENTAN PQRSFD<br>QUIEN: APOYO PROFESIONAL SIAU<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: PLANES DE MEJORA EN ALMERA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 49% | MEDIA | 60% | MODERADO | | | SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES CORRECTIVAS DE LOS SERVICIOS QUE PRESENTAN PQRSFD | APOYO PROFESIONAL SIAU | MENSUAL |
| 12 | 1 | QUE: GESTIÓN DE LAS PQRSFD POR MEDIO DE LA MATRIZ INSTITUCIONAL AU-FT-09 V04<br>QUIEN: APOYO PROFESIONAL DEL SIAU<br>PERIODICIDAD: DIARIO<br>EVIDENCIA: MATRIZ INSTITUCIONAL AU-FT-09 V04<br>DESVIACIÓN DEL CONTROL: INSATISFACCIÓN DEL USUARIO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | GESTIÓN DE LAS PQRSFD POR MEDIO DE LA MATRIZ INSTITUCIONAL AU-FT-09 V04 | APOYO PROFESIONAL SIAU | DIARIO |
| 12 | 2 | SEGUIMIENTO A LA RESPUESTA EFECTIVA DE LAS PQRSFD<br>QUIEN: APOYO PROFESIONAL DEL SIAU<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: INFROME EMITIDO A LA GERENCIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | | SEGUIMIENTO A LA RESPUESTA EFECTIVA DE LAS PQRSFD | APOYO PROFESIONAL SIAU | MENSUAL |
| 13 | 1 | IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES POR MEDIO DEL FORMATO AU-FT-10 V01 Y TS-IN- V01<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: FORMATOS<br>INFORME REMITIDO A GERENCIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES POR MEDIO DEL FORMATO AU-FT-10 V01 Y TS-IN-V01 | ORIENTADOR SIAU / AUXILIAR DE TRABAJO SOCIAL | DIARIO |
| 14 | 1 | CONSOLIDACIÓN Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN REPORTADA POR LAS DIFERENTES ÁREAS<br>QUIEN: SISTEMAS DE LA INFORMACIÓN<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE CONSOLIDACIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | CONSOLIDACIÓN Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN REPORTADA POR LAS DIFERENTES ÁREAS | SISTEMAS DE INFORMACIÓN | MENSUAL |
| 14 | 2 | ANÁLISIS TÉCNICO DE LA INFORMACIÓN PARA ENTREGA DE COMITÉ DE LA UNIDAD DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN<br>QUIEN: REFERENTE DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: ACTAS DE REUNIÓN DEL COMITÉ | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | | ANÁLISIS TÉCNICO DE LA INFORMACIÓN PARA ENTREGA DE COMITÉ DE LA UNIDAD DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN | REFERENTE DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN | MENSUAL |
| 14 | 3 | SEMAFORIZACIÓN CON EL FIN DE REALIZAR SEGUIMIENTO A LA OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE REPORTES POR PARTE DE LOS REFERENTES DE LAS UNIDADES DE PRODUCCIÓN<br>QUIEN: SISTEMAS DE INFORMACIÓN<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: FORMATO REGISTRO DE REPORTES SISTEMAS DE INFORMACIÓN IC-SI-FT-10 | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 9% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | | SEMAFORIZACIÓN CON EL FIN DE SEGUIMIENTO A LA OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE REPORTES POR PARTE DE LOS REFERENTES DE LAS UNIDADES DE PRODUCCIÓN | : INGENIERA DE SISTEMAS DE LA UNIDAD DE SISTEMAS DE LA INFORMACIÓN | TRIMESTRAL |

| | | 1 TRIMESTRE | | 2 TRIMESTRE | | 3 TRIMESTRE | | 4 TRIMESTRE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025 | |
| REFERENCIA | No CONTROL | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
| | 7 | 30/03/2025 | Los autoreportes de condiciones de salud y/o trabajo es fundamental para fortalecer la gestión preventiva y la participación activa de los trabajadores.<br>Dichos mecanismos mecanismos mediante los cuales los trabajadores informan voluntariamente sobre:<br>Síntomas de enfermedad o afectaciones a su salud relacionadas con el trabajo.<br>Condiciones inseguras o insalubres en el entorno laboral.<br>Situaciones de riesgo psicosocial, biomecánico, físico o mental.<br>Estos reportes pueden realizarse de forma verbal, escrita o digital, y son confidenciales.<br>Durante el primer trimestre se presentaron 9 autoreportes de condiciones de salud y o trabajo.<br>5 Por silla inadecuada , ausencia de la misma . Se gestiona y se asigna .<br>3 por condición de salud enfermedad de origen común que esta en seguimiento por Eps.<br>1 por condiciones locativas en el área de crónicos por humedad, ausencia de ventilación, diseño deficiente de puestos de trabajo. Esta se lleva a COPASST con el fin de solicitar revisión e intervención; arquitecto de la institución indica que se van a realizar las respectivas intervenciones con el fin de mejorar sus condiciones. | 30/06/2025 | El autoreporte no es un trámite más, sino una acción de corresponsabilidad que fortalece la cultura del autocuidado, promueve espacios de trabajo seguros y evidencia el compromiso tanto del trabajador como de la institución en la prevención del daño.es una herramienta fundamental dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), ya que permite identificar, de manera oportuna, factores que puedan afectar la integridad física, mental o emocional de los trabajadores.<br>Durante el segundo trimestre se registran 5 Autoreportes de condición de salud y o trabajo. Para intervenir esta situación se busca fortalecer las acciones preventivas frente a factores de riesgo biomecánico y ergonómico, tales como:<br>Posturas prolongadas o inadecuadas,<br>Manipulación manual de cargas,<br>Movimientos repetitivos,<br>Estaciones de trabajo no ajustadas a la antropometría del trabajador.<br>Desde el área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), se adelanta el análisis detallado de cada uno de los casos reportados, con el fin de:<br>Realizar inspecciones específicas en los puestos de trabajo identificados,<br>Ajustar o intervenir condiciones físicas, técnicas o de organización del | 30/09/2025 | La institución, en el marco de la conservación del estado de salud de sus colaboradores, ha dado cumplimiento a las restricciones de origen laboral y común reportadas al subproceso de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST). Cada restricción es socializada oportunamente con el supervisor del contrato y con el referente correspondiente, quedando como soporte el acta respectiva.<br>Actualmente, se cuenta con cuatro trabajadores de planta diagnosticados con enfermedad laboral, quienes se encuentran reubicados en servicios acordes, garantizando el cumplimiento de las restricciones y recomendaciones médicas. Estos colaboradores acuden de manera periódica a sus controles de salud, de acuerdo con lo establecido por el sistema de vigilancia.<br>En el mes de Agosto se realizó socialización de condición de salud de manera presencial de contratista de laboratorio clínico y en acta quedaron consignada la ejecución del seguimiento y el cumplimiento de parte de la institución a las recomendaciones de origen común que presenta la contratista.<br>Socialización de condiciones de salud y restricciones de colaboradora de planta en la que participaron subgerente científico y administrativo, Referente de Talento Humano, Supervisión de Enfermería, Jefe Salas de Cx, Asesora AXA Colpatria y Referente SST. Queda acta como soporte.<br>En el mes de Septiembre se realiza socialización con el departamento de enfermería de condiciones de salud de contratista asistencial, vía correo | 30/12/2025 | Durante el último trimestre de la vigencia 2025, desde el Subproceso de Seguridad y Salud en el Trabajo se realizó el seguimiento al cumplimiento de las restricciones y/o recomendaciones médicas emitidas por Medicina Laboral y las especialidades de la ARL AXA Colpatria, con el fin de verificar la aplicación de medidas preventivas, adaptaciones laborales y controles orientados a proteger la salud y bienestar de los colaboradores.<br>El seguimiento abarcó siete (7) colaboradores pertenecientes a diferentes procesos y subprocesos de la institución, incluyendo áreas asistenciales, administrativas y de apoyo diagnóstico.<br>1. Laboratorio Clínico:<br>Colaboradora con restricciones emitidas por Medicina Laboral y especialidad de ARL AXA Colpatria, las cuales se cumplen actualmente en su área de trabajo. Se evidencia pendiente la actualización del examen médico ocupacional, solicitud que fue reiterada vía correo electrónico al cierre de la vigencia sin obtener aún respuesta.<br>2. Colaboradora con seguimiento post accidente grave (2024):<br>Se da cumplimiento a las restricciones médicas y recomendaciones de la ARL. Su proceso de rehabilitación avanza de forma favorable. Durante las actividades mensuales de riesgo biomecánico se le orientan ejercicios complementarios para su recuperación.<br>En la verificación de su estación de trabajo se identifican condiciones ergonómicas no adecuadas: altura del mesón (85 cm) que impide el ángulo de confort en hombros y codos, lámina frontal que restringe el ingreso de piernas, falta de apoya pies y silla con sistema hidráulico |
| 9 | 1 | 30/03/2025 | Se realiza seguimiento a los acuerdo contractuales de la EPS famisanar en el comite de gestion compartida para el mes de marzo del 2025 y seguimiento con NUEVA EPS . | 30/06/2025 | Se realiza seguimiento a los acuerdo contractuales de la EPS famisanar en el comite de gestion compartida para el mes de marzo del 2025 y seguimiento con NUEVA EPS . | 30/09/2025 | Se realiza el seguimiento a los acuerdos contractuales con los aseguradores de acuerdo al trimestre establecido | 30/12/2025 | Se realiza el seguimiento a los acuerdo contractuales mediante la matriz del comportamiento administrativo, del mismo modo se evalúa de acuerdo a los indicadores de participación en ventas y reporte del decreto 2193 |
| 9 | 2 | 30/03/2025 | Se realiza mesas de trabajo con las EPS NUEVA EPS y EPS SANITAS priorizadas para la actualización de los acuerdos de voluntades para el primer trimestre del año. | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre del año no se realizaron reuniones de articulación con las empresas responsables de pago toda vez que estas son por demanda de las partes. | 30/09/2025 | Se realiza acompañamiento con la empresa responsable de pago NUEVA EPS, con la finalidad de realizar el seguimiento al comportamiento del contrato vigente. | 30/12/2025 | Se realiza finaliza la vigencia con la priorización de eventuales convenios y con la mesas de trabajo de las empresas responsables mas representativas de la entidad. |
| 10 | 1 | 30/03/2025 | Se realizo la actualización del portafolio de servicios el cual incluye un estudio de paquetes de venta de servicios los cuales son comparados con el mercado actal y el historico de acuerdos de voluntades realizado | 30/06/2025 | Se realiza la actualización del portafolio del servicios y el estudio de costos de acuerdo a las necesidades de cada una de las empresas responsables de pago. | 30/09/2025 | Se realiza la actualización del portafolio del servicios y el estudio de costos de acuerdo a las necesidades de cada una de las empresas responsables de pago. | 30/12/2025 | Se realiza el estudio de servicios ofertados por la entidad y el manual tarifario establecido. |
| 11 | 1 | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre de 2025, se aplicaron 6.845 encuestas de satisfacción al cliente externo, obteniendo un resultado del 97% de usuarios satisfechos con la atención recibida. Este resultado evidencia un alto nivel de satisfacción por parte de los usuarios, lo cual refleja la efectividad de las estrategias de humanización, oportunidad y calidad en la atención brindada por el personal de salud y administrativo.<br>Este indicador se encuentra dentro de un rango , superando estándares habituales del sector salud (que comúnmente manejan metas del 90% en adelante). El resultado también se correlaciona positivamente con el alto número de felicitaciones recibidas en las PQRSFD (133 casos), lo cual refuerza la percepción favorable del usuario frente al servicio prestado | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre del año 2025, la Oficina de Atención al Usuario de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá desarrolló importantes acciones de medición y gestión de la experiencia del usuario, con los siguientes resultados destacados:<br>Se aplicaron un total de 7.434 encuestas de satisfacción al cliente externo, obteniendo un índice de satisfacción general del 96%, lo que refleja una percepción positiva frente a la atención recibida en los diferentes servicios de la institución. | 30/09/2025 | Durante el trecer trimestre Indicador de Satisfacción Global de los Usuarios – Oficina de Atención al Usuario<br>Desde la Oficina de Atención al Usuario de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá, se realizaron durante el período evaluado 7.678 encuestas de satisfacción aplicadas en la sede central y los puestos de salud, con el objetivo de medir la percepción de los usuarios frente a la calidad del servicio recibido.<br>Los resultados evidencian un alto nivel de satisfacción global del 97,1%, reflejando el compromiso institucional con la atención humanizada, la oportunidad en los servicios y la mejora continua de los procesos asistenciales y administrativos. | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre se llevó a cabo la medición de la satisfacción de los usuarios mediante la aplicación de encuestas. Se aplicaron un total de 8.138 encuestas a usuarios y familiares, logrando una satisfacción global del 98,33 %.<br>las cual es socializada por medio de informe de gerencia de manera mensual |
| 11 | 2 | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre, se han ejecutado un total de 41 acciones de mejora, las cuales se encuentran documentadas y en seguimiento a través del sistema de gestión Almera. Estas acciones están encaminadas a promover una cultura organizacional basada en el buen trato, la escucha activa, la regulación emocional y el fortalecimiento de la política de humanización, como ejes fundamentales para garantizar una atención integral y centrada en el usuario. | 30/06/2025 | Desde la oficina del siau en articulacion con el programa de humanizacion se realizaron 20 OM, las cuales se encuentran cargadas en almera | 30/09/2025 | Desde la oficna de atencion al suuario se han realizado OM de manera mensual en articuñlacion con el programa de humanizacion | 30/12/2025 | Desde la oficina de atención al usuario se han desarrollo OM en articulación con la oficina de humanización |
| 12 | 1 | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre del año, la Oficina de Atención al Usuario de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá recepción un total de 230 PQRSFD a través de diferentes medios como correo físico, WhatsApp, correo electrónico y buzón de sugerencias. De estas, 133 correspondieron a felicitaciones, reflejando la satisfacción de los usuarios con la atención y servicios prestados, mientras que 97 fueron quejas, las cuales fueron tramitadas conforme a lo establecido por la Ley 1755 de 2015. No obstante, 1 respuestas de manera extemporánea, situación que será revisada para mejorar los tiempos de respuesta y mantener el compromiso institucional con la eficiencia y la transparencia. | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre del año 2025, la Oficina de Atención al Usuario recepcionó un total de 192 requerimientos. De estos, 120 correspondieron a felicitaciones, lo que representa el 62.5% del total. Este dato evidencia un nivel significativo de satisfacción por parte de los usuarios, quienes reconocieron la atención brindada por el personal institucional.<br>El restante 37.5% (72 requerimientos) correspondió a quejas, las cuales fueron gestionadas conforme a los lineamientos institucionales, garantizando seguimiento oportuno y respuesta según la naturaleza de cada caso. | 30/09/2025 | Durante el trimestre, desde la Oficina de Atención al Usuario se gestionaron un total de 328 PQRSFD, discriminadas de la siguiente manera:<br>222 felicitaciones, que reflejan el reconocimiento y satisfacción de los usuarios frente a la atención recibida en los diferentes servicios de la E.S.E.<br>106 PQRS (peticiones, quejas, reclamos y solicitudes), las cuales fueron tramitadas dentro de los términos establecidos por la Ley 1755 de 2015 y gestionadas mediante el sistema Almera.<br>Estas gestiones fueron socializadas en el Comité SIAU y presentadas en informe a la Alta Gerencia, con el propósito de fortalecer la mejora continua, la atención centrada en el usuario y la trazabilidad de las respuestas emitidas por los diferentes servicios de la institución. | 30/12/2025 | En el cuarto trimestre desde la oficina de atencion al usuario se han regristrados 330 PQRFD, de las cuales 242 son felicitaciones y 88 quejas las cuales todos han sido tramitados en terminos de ley 1755 del 2015 |
| 12 | 2 | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre, se han ejecutado un total de 41 acciones de mejora, las cuales se encuentran documentadas y en seguimiento a través del sistema de gestión Almera. Estas acciones están encaminadas a promover una cultura organizacional basada en el buen trato, la escucha activa, la regulación emocional y el fortalecimiento de la política de humanización, como ejes fundamentales para garantizar una atención integral y centrada en el usuario. | 30/06/2025 | Desde la oficina del siau en articulacion con el programa de humanizacion se realizaron 20 OM, las cuales se encuentran cargadas en almera | 30/09/2025 | Desde la oficna de atencion al suuario se han realizado OM de manera mensual en articuñlacion con el programa de humanizacion | 30/12/2025 | Desde la oficina de atención al usuario se han desarrollo OM en articulación con la oficina de humanización |
| 13 | 1 | 30/03/2025 | Se socializa con el equipo de Trabajo Social las necesidades gestionadas y si se evidencio desviaciones durante el proceso. | 30/06/2025 | Se socializa con el equipo de Trabajo Social las necesidades gestionadas y si durante el proceso de identificación se evidencio desviaciones, donde se resalta la importancia de generar acciones inmediatas antes las desviaciones encontradas. | 30/09/2025 | Se socializa con el equipo de Trabajo Social las necesidades gestionadas y si durante el proceso de identificación se evidencio desviaciones, donde se resalta la importancia de generar acciones inmediatas antes las desviaciones encontradas. | 30/12/2025 | Se socializa con el equipo de Trabajo Social las necesidades gestionadas y si durante el proceso de identificación se evidencio desviaciones, donde se resalta la importancia de generar acciones inmediatas antes las desviaciones encontradas. Teniendo en cuenta que es el ultimo trime4stre del año se realiza socialización de la cantidad de necesidades gestionadas por el equipo de Trabajo Social, así como también las gestionadas por el equipo de SIAU. |
| 14 | 1 | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre del año 2025, se llevó a cabo el proceso de verificación, validación y consolidación de los informes institucionales generados por las diferentes áreas funcionales. En este periodo se recibieron un total de 110 informes, los cuales fueron evaluados conforme a los criterios de calidad, oportunidad y completitud establecidos en los lineamientos del Sistema de Gestión Documental. La validación estuvo orientada a garantizar la coherencia entre los datos reportados y los estándares definidos en los formatos oficiales de la entidad.<br>El análisis permitió evidenciar que, en términos generales, la información fue entregada dentro de los plazos estipulados y con un alto nivel de cumplimiento respecto a los parámetros técnicos requeridos. No obstante, en tres oportunidades fue necesario retornar los informes para su revisión y corrección, debido a inconsistencias detectadas durante el proceso de control de calidad. Las devoluciones estuvieron relacionadas con el informe titulado "PLAN DE ACELERACIÓN PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA", el cual presentó errores recurrentes en la consolidación de datos, afectando la fiabilidad de la información.<br>Cabe destacar que varios informes fueron enviados a través del formato institucional PL-FT-30 V02, el cual fue diligenciado y remitido al proceso de planeación en el tiempo establecido. La utilización adecuada de este documento favoreció una lectura unificada de los avances institucionales y permitió identificar alertas tempranas en el cumplimiento de metas estratégicas.<br>La verificación documental incluyó la revisión de metadatos, análisis de | 30/06/2025 | En el segundo trimestre de 2025 se evidencia un desempeño altamente favorable en la gestión de los reportes institucionales, con un total de 141 informes entregados y un cumplimiento del 96.57% en los tiempos establecidos. A pesar de que se registraron cinco entregas fuera de plazo, la ausencia de devoluciones por inconsistencias refleja una mejora significativa en la calidad y precisión de la información reportada. Estos resultados demuestran un fortalecimiento en la planeación operativa y el seguimiento de los cronogramas establecidos por las áreas responsables.<br>Cabe destacar que varios informes fueron enviados a través del formato institucional PL-FT-30 V02, el cual fue diligenciado y remitido al proceso de planeación en el tiempo establecido. La utilización adecuada de este documento favoreció una lectura unificada de los avances institucionales y permitió identificar alertas tempranas en el cumplimiento de metas estratégicas.<br>La verificación documental incluyó la revisión de metadatos, análisis de trazabilidad de fuentes y coherencia entre indicadores reportados y metas operativas trazadas. Este proceso ha sido fundamental para mantener la integridad de la información institucional y garantizar que los reportes reflejen de manera fidedigna el comportamiento operativo del hospital en el trimestre. Adicionalmente, se fortalecieron los controles cruzados con los procesos emisores de la información, promoviendo una retroalimentación oportuna que contribuyó a mejorar la calidad de los informes remitidos. | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de 2025 se mantuvo un desempeño sólido en la gestión y seguimiento de los reportes institucionales. En total, se recibieron 165 informes, de los cuales 150 fueron entregados dentro del plazo establecido, alcanzando un cumplimiento general del 90.91%. Aunque se registraron 15 entregas fuera de tiempo, no se evidenciaron devoluciones ni reprocesos, lo que refleja un control adecuado en la calidad y consistencia de la información entregada por las diferentes áreas.<br>El uso constante del formato institucional PL-FT-30 V02 permitió estandarizar la entrega de reportes, consolidando la información y facilitando su análisis por parte del proceso de Planeación. Esta herramienta contribuyó a mantener una trazabilidad clara de los avances institucionales y a detectar de forma oportuna las desviaciones en los cronogramas.<br>Durante la verificación documental se realizaron ejercicios de validación de datos, revisión de evidencias y contraste con los indicadores operativos, garantizando coherencia entre los resultados reportados y los objetivos institucionales. Este control permitió reforzar la confiabilidad de los informes y mejorar la articulación entre los procesos responsables.<br>En términos generales, el trimestre evidencia una gestión eficiente y estable, con una recuperación progresiva en septiembre frente a la disminución registrada en agosto. Lo anterior demuestra el compromiso de las áreas en mantener la calidad y puntualidad de los reportes, fortaleciendo el seguimiento institucional y la mejora continua en la | 30/12/2025 | En acatamiento del cronograma institucional 2025 del Hospital San Rafael de Fusagasugá, se desarrolló la actividad denominada Consolidación y verificación de información reportada por las diferentes áreas, cuyo objetivo fue garantizar la integridad, coherencia, oportunidad y confiabilidad de la información generada por los distintos procesos institucionales para su uso en el seguimiento, análisis y toma de decisiones.<br>En el desarrollo de la actividad se realizó la consolidación sistemática de la información remitida por las diferentes áreas del hospital, verificando el cumplimiento de los lineamientos institucionales definidos, la consistencia de los datos, la coherencia entre los reportes y la correcta aplicación de los formatos y herramientas establecidas. Este proceso permitió identificar oportunamente inconsistencias, duplicidades o vacíos de información, los cuales fueron aclarados y ajustados en articulación con las áreas responsables, garantizando la calidad final de los datos consolidados.<br>Como consecuencia de la consolidación y verificación realizada, se logró contar con información homogénea, trazable y confiable, fortaleciendo los procesos de seguimiento a los indicadores institucionales, la gestión administrativa y asistencial, así como los reportes requeridos por los entes internos y externos. Adicionalmente, esta actividad contribuyó a mejorar la articulación entre las áreas del hospital y a fortalecer la cultura de responsabilidad en la entrega de información oportuna y de calidad.<br>Finalmente, la información reportada por las diferentes áreas permitió fortalecer los procesos de gestión de la información del Hospital San Rafael de Fusagasugá, aportando a la toma de decisiones basada en datos confiables y al cumplimiento del cronograma institucional 2025. Teniendo en cuenta el cumplimiento del objetivo propuesto y los resultados |
| 14 | 2 | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre de 2025, el Comité de Sistemas de Información de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá consolidó el seguimiento a compromisos operativos y el análisis de datos asistenciales. Se evidenció una continuidad en la producción de servicios, con incrementos relevantes en las consultas de medicina general y especializada, controles de enfermería, aplicación de biológicos y tamizajes como citologías vaginales, evidenciando cobertura integral y enfoque preventivo.<br>En hospitalización, se mantuvo una dinámica estable en egresos, días de estancia y ocupación de camas, incluyendo cuidado intensivo. La ejecución quirúrgica reflejó un desempeño efectivo con alta proporción de cirugías realizadas frente a las programadas, bajos niveles de cancelación y adecuada respuesta a casos de urgencia. Los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico mantuvieron alta demanda, con volúmenes sostenidos en imágenes diagnósticas, procedimientos de laboratorio y terapias.<br>El análisis de los UVRS y los indicadores de calidad respaldaron decisiones basadas en datos, orientadas a la mejora continua y cumplimiento de metas institucionales. La trazabilidad de la producción y el monitoreo de desempeño permiten afianzar una gestión centrada en resultados y calidad del servicio en salud | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre de 2025, se realizaron de manera continua los comités mensuales liderados por el Dr. Óscar Duarte y la Ing. Daniela Jiménez.<br>Temas destacados:<br>Se mantuvo un enfoque técnico en el seguimiento de la producción por servicios clínicos y de apoyo (vacunación, enfermería, urgencias, consulta externa, hospitalización, quirúrgicos, imágenes diagnósticas y laboratorio).<br>Se evidenció la continuidad del análisis de indicadores y UVR como herramienta para la toma de decisiones y mejora continua.<br>Se abordaron temas relacionados con tiempos de estancia y ocupación hospitalaria, lo cual permite evaluar eficiencia operativa.<br>Conclusión general:<br>Los comités reflejan una estructura sólida de gestión de la información institucional, permitiendo el análisis periódico del comportamiento de los servicios y la identificación de oportunidades de mejora. La participación de los procesos y el cumplimiento del orden del día contribuyen a fortalecer la cultura de calidad y de toma de decisiones basadas en datos. | 30/09/2025 | El tercer trimestre refleja consolidación operativa, eficiencia quirúrgica y fortalecimiento financiero. La institución mantiene indicadores positivos en productividad y gestión, con la necesidad de reforzar los programas de prevención y promoción de la salud para equilibrar el desempeño global.<br>Análisis Julio 2025<br>Se evidenció recuperación en la producción quirúrgica y cumplimiento general de metas institucionales.<br>Vacunación: aumento sostenido (+10,7% vs 2024).<br>PyP: disminución en controles de enfermería y citologías (−68%).<br>Odontología: caída del 46% frente a marzo–junio.<br>Cirugías: incremento del 8,9% respecto al trimestre anterior y mayor complejidad en procedimientos.<br>Cancelaciones: 575 en el semestre, con reducción significativa en junio.<br>Estancias prolongadas: por antibióticos (67%) y demoras EPS (24%).<br>Finanzas: ingresos +14% vs 2024, con mejor desempeño en UCI (+62%) e imagenología (+19%).<br>Análisis Agosto 2025 | 30/12/2025 | TDurante el año, el área de Sistemas ha garantizado la disponibilidad, continuidad y soporte de las plataformas tecnológicas que soportan los procesos asistenciales, administrativos, financieros y de calidad del Hospital, contribuyendo a la operación institucional, al cumplimiento de la normatividad vigente y a la toma de decisiones basada en información.<br>En el componente de infraestructura tecnológica, se mantuvo la operación de servidores, redes y equipos de cómputo, realizando actividades de mantenimiento preventivo y correctivo, atención de incidentes técnicos y soporte a usuarios finales. Se logró asegurar la continuidad de los servicios informáticos en los diferentes servicios del hospital, minimizando tiempos de indisponibilidad y garantizando la estabilidad de los aplicativos institucionales.<br>En cuanto a los sistemas de información asistenciales y administrativos, se efectuó seguimiento permanente a las plataformas utilizadas para historia clínica, facturación, RIPS, reporte a entes externos y consolidación de indicadores institucionales. Se brindó soporte a los diferentes servicios para la correcta operación de los aplicativos, resolución de fallas, acompañamiento en procesos de cierre de información y verificación de integridad de los datos.<br>Respecto a la seguridad de la información, se fortalecieron los controles de acceso a los sistemas, la gestión de usuarios y perfiles, y la implementación de buenas prácticas en el manejo de contraseñas y uso de equipos institucionales. Se realizó seguimiento a los mecanismos de respaldo de la información, promoviendo la generación de copias de seguridad y el uso de entornos de almacenamiento institucional para la protección de datos críticos, en concordancia con los lineamientos de seguridad digital y gobierno de la información. |
| 14 | 3 | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre del año 2025, se evidenció un alto nivel de cumplimiento en la entrega de informes tanto a entidades de control externas como en los procesos internos del hospital. La organización en los cronogramas permitió anticipar fechas clave y asegurar que la mayoría de los reportes fueran enviados dentro de los tiempos establecidos. Esta gestión eficiente contribuyó a mantener la trazabilidad y la continuidad en los compromisos regulatorios asumidos por la institución.<br>El monitoreo constante y la clasificación visual del estado de los informes facilitaron el seguimiento del cronograma operativo. Gracias a este control, los equipos responsables lograron detectar a tiempo los reportes próximos a vencerse y priorizar su elaboración y validación. Este enfoque permitió disminuir significativamente los retrasos y evitó reprocesos, favoreciendo una entrega ordenada y oportuna hacia EPS, entes territoriales y otras entidades fiscalizadoras.<br>A nivel interno, se fortaleció la responsabilidad en cada proceso al contar con una planificación estructurada que señalaba claramente los avances y pendientes. Esto impulsó una respuesta más ágil ante los compromisos institucionales, mejorando la articulación entre áreas y facilitando el cumplimiento de metas operativas. Adicionalmente, el envío de los informes en los plazos establecidos permitió cumplir con los estándares exigidos en auditorías y seguimientos técnicos.<br>Finalmente, la gestión trimestral evidenció una mejora continua en los tiempos de respuesta, consolidando una cultura organizacional orientada al cumplimiento y la eficiencia. La claridad en los plazos y el seguimiento | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre del año 2025, se mantuvo un nivel de gestión favorable en la entrega de informes programados en el cronograma operativo institucional. Las áreas responsables lograron cumplir con el 96.57% de los reportes dentro de los tiempos establecidos, lo que evidencia una continuidad en los esfuerzos por garantizar la trazabilidad de los compromisos regulatorios tanto internos como externos.<br>El control riguroso sobre los plazos permitió identificar de manera oportuna los informes con riesgo de vencimiento, priorizando su elaboración y validación anticipada. Este seguimiento proactivo redujo los retrasos y evitó reprocesos innecesarios, asegurando una entrega ordenada y oportuna hacia EPS, entes territoriales y demás instancias de control. El uso de clasificaciones visuales en el cronograma continuó siendo una herramienta clave para facilitar el monitoreo y la toma de decisiones operativas.<br>En cuanto a los procesos internos, se consolidó la planificación estructurada, lo cual favoreció una mejor articulación entre las áreas y una mayor claridad sobre los avances y pendientes de cada dependencia. Este enfoque contribuyó a una respuesta más eficiente ante los compromisos institucionales y permitió mantener los estándares requeridos en procesos de auditoría, inspección y vigilancia.<br>En términos generales, la ejecución del cronograma durante este trimestre reafirma el compromiso institucional con la mejora continua, el cumplimiento normativo y la eficiencia operativa. La consistencia en los | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre del año 2025, se mantuvo una dinámica administrativa positiva en el cumplimiento del cronograma de entrega de informes institucionales. Las diferentes áreas operativas lograron un nivel de cumplimiento del 90.91%, evidenciando compromiso y continuidad en la gestión de los reportes requeridos por entes internos y externos.<br>El monitoreo constante de los plazos permitió anticipar retrasos y priorizar la presentación de los informes más sensibles, optimizando los tiempos de revisión y aprobación. Esta labor preventiva contribuyó a mantener la trazabilidad de la información y reducir los casos de incumplimiento, consolidando así una cultura de cumplimiento oportuno.<br>En el ámbito interno, se fortaleció la coordinación entre las áreas responsables, favoreciendo una comunicación más ágil y una mejor gestión de los cronogramas. Este trabajo conjunto permitió recuperar los niveles de cumplimiento en septiembre tras la disminución observada en agosto, mostrando capacidad de ajuste y mejora continua.<br>En conclusión, el desempeño del tercer trimestre reafirma la eficiencia y responsabilidad institucional en el cumplimiento de sus compromisos. La estabilidad en los resultados, la ausencia de reprocesos y el uso adecuado de las herramientas de control reflejan un modelo de gestión sólido, enfocado en la calidad, la transparencia y la sostenibilidad administrativa. | 30/12/2025 | En el marco de los procesos de gestión y control institucional del Hospital San Rafael de Fusagasugá, se desarrolló la actividad denominada Semaforización con el fin de realizar seguimiento a la oportunidad de entrega de reportes por parte de los referentes de las unidades de producción, correspondiente al mes de enero del año 2026, cuyo objetivo fue monitorear el cumplimiento de los tiempos establecidos para la entrega de informes y fortalecer la gestión oportuna de la información institucional.<br>Como resultado del seguimiento realizado, se evidenció un total de 31 informes programados para el periodo evaluado. De estos, 27 informes fueron entregados dentro de los tiempos establecidos, lo que corresponde a un 87,10 % de cumplimiento en la entrega oportuna. Asimismo, 3 informes fueron entregados fuera del plazo definido, equivalente a un 9,68 %, situación que fue registrada para efectos de seguimiento y mejora continua. Los retrasos identificados estuvieron asociados principalmente a demoras en la entrega de información por parte de algunos servicios, así como a procesos de validación en las bases de datos principales de egresos hospitalarios y urgencias. Adicionalmente, 1 informe, correspondiente al 3,23 %, se encuentra pendiente de envío, dado que al momento del cierre de la actividad aún no se había cumplido la fecha límite establecida para su entrega, teniendo en cuenta que esta actividad debe cerrarse con días de antelación.<br>Durante el periodo evaluado no se registraron devoluciones de informes ni fue necesario realizar procesos de validación o redireccionamiento de la información, lo cual evidencia un adecuado nivel de calidad, pertinencia y coherencia en los reportes presentados por los referentes de las unidades de producción. |

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

**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.

**PLAN DE ACCION:** se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia.

| | | | | | | | | | | | | | | | | ATRIBUTOS | | | | | | | | | | | | | | | 1 TRIMESTRE | | 2 TRIMESTRE | | 3 TRIMESTRE | | 4 TRIMESTRE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025 | |
| 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 | TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
| 15 | **SISTEMAS DE INFORMACIÓN** | REPUTACIONAL | INGRESO SIN CONTROL SEGURO DE USUARIOS A LA PLATAFORMA DINÁMICA GERENCIAL. NET INFORMACIÓN SIN RESPALDO EN COPIAS DE SEGURIDAD PERMISOS Y ROLLES DE USUARIOS CONTROLADOS POR OTRA DEPENDENCIA | ALCANCE E IMPLEMENTACIÓN DE EL PLAN DE SEGURIDAD INFORMÁTICA SIN INCLUIR SISTEMAS DE INFORMACIÓN | POSIBILIDAD DE PERDIDA DE INFORMACIÓN E BASE DE DATOS, INFORMES GENERADOS Y EVIDENCIA DE ENVIÓ DE INFORMACIÓN | Impacto legal y normativo<br>Impacto en la toma de decisiones | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | MEDIA | 60% | MENOR | 40% | MODERADO | 4 | SEGUIMIENTO AL ENVIÓ Y RADICACIÓN DE INFORMES<br>QUIEN: INGENIERA DE SISTEMAS DE LA UNIDAD DE SISTEMAS DE LA INFORMACIÓN<br>PERIODICIDAD. MENSUAL<br>EVIDENCIA: MATRIZ CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DE INFORMES Y PANTALLAZOS A LA OFICINA DE PLANEACIÓN | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 5% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | REALIZAR SEGUIMIENTO AL ENVIÓ Y RADICACIÓN DE INFORMES | INGENIERA DE SISTEMAS DE LA UNIDAD DE SISTEMAS DE LA INFORMACIÓN | MENSUAL | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre de 2025, se cumplió de manera oportuna y continua con la entrega mensual de los informes al proceso de Planeación, en concordancia con lo establecido en los lineamientos institucionales. Cada informe fue consolidado y remitido de forma oportuna, garantizando la disponibilidad de la información requerida para el análisis y seguimiento de indicadores estratégicos.<br>Este cumplimiento sistemático permitió mantener la trazabilidad de las actividades operativas y administrativas, así como sustentar la toma de decisiones a nivel gerencial. La entrega regular de los reportes reafirma el compromiso del equipo con la gestión basada en resultados y la articulación efectiva entre áreas. | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre de 2025, se cumplió de manera oportuna y continua con la entrega mensual de los informes al proceso de Planeación, en concordancia con lo establecido en los lineamientos institucionales. Cada informe fue consolidado y remitido de forma oportuna, garantizando la disponibilidad de la información requerida para el análisis y seguimiento de indicadores estratégicos.<br>Este cumplimiento sistemático permitió mantener la trazabilidad de las actividades operativas y administrativas, así como sustentar la toma de decisiones a nivel gerencial. La entrega regular de los reportes reafirma el compromiso del equipo con la gestión basada en resultados y la articulación efectiva entre áreas. | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre del año 2025, se dio cumplimiento oportuno y continuo a la entrega de los informes solicitados por el proceso de Planeación, conforme a los lineamientos institucionales establecidos. Cada uno de los reportes fue consolidado y remitido dentro de los plazos previstos, garantizando la disponibilidad y calidad de la información requerida para el análisis, seguimiento y evaluación de los indicadores estratégicos. Este cumplimiento sistemático aseguró la trazabilidad de las actividades operativas y administrativas, fortaleciendo la gestión basada en resultados y apoyando la toma de decisiones gerenciales, en articulación con los objetivos institucionales. | 30/12/2025 | En cumplimiento de los procesos de gestión y control institucional del Hospital San Rafael de Fusagasugá, se realizó el seguimiento al envío y radicación de informes correspondientes al mes de diciembre del año 2025, con el objetivo de verificar la oportunidad, cumplimiento y pertinencia de la información remitida por las diferentes áreas de la institución.<br>Como consecuencia del seguimiento efectuado, se evidenció que los informes institucionales fueron entregados en su mayoría dentro de los tiempos establecidos, cumpliendo con los lineamientos y cronogramas definidos. Adicionalmente, no se presentaron devoluciones ni solicitudes de redireccionamiento de la información, lo que refleja un adecuado nivel de calidad, claridad y coherencia en los informes radicados, así como una correcta aplicación de los criterios institucionales para su elaboración y envío.<br>El análisis de la información permite concluir que el proceso de envío y radicación de informes durante el periodo evaluado se desarrolló de manera satisfactoria, evidenciando un adecuado cumplimiento por parte de las áreas responsables y una mejora en la pertinencia y confiabilidad de la información institucional.<br>Finalmente, con base en los resultados obtenidos, se considera cerrada la actividad de seguimiento al envío y radicación de informes correspondiente al mes de diciembre de 2025, recomendando mantener las acciones de seguimiento y control que permitan asegurar la continuidad en el cumplimiento oportuno y la calidad de la información generada por el Hospital San Rafael de Fusagasugá. |
| | | | | | | | | | | | | | | 1 | COPIA DE INFORMACIÓN EN CORREO O HERRAMIENTA INSTITUCIONAL<br>QUIEN: SISTEMAS DE LA INFORMACIÓN<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>EVIDENCIA: COPIA DE SEGURIDAD | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 40% | MENOR | | | IMPLEMENTACIÓN DE COPIAS DE SEGURIDAD CON LA PERIODICIDAD ADECUADA | SISTEMAS DE INFORMACIÓN | SEMANAL | 30/03/2025 | El proceso de sistemas de información garantiza la integridad, disponibilidad y seguridad de la información institucional mediante la ejecución diaria de copias de seguridad (backups). Este proceso automatizado permite almacenar todos los datos críticos generados en los sistemas de información, asegurando su conservación y recuperación ante cualquier eventualidad tecnológica o fallo operativo.<br>El backup diario incluye bases de datos clínicas, administrativas y operativas, y se realiza bajo protocolos de seguridad definidos, con almacenamiento en medios seguros y redundantes. Esta práctica fortalece la continuidad del servicio, minimiza riesgos de pérdida de información y garantiza el cumplimiento de estándares normativos en gestión documental y protección de datos.<br>Gracias a este sistema de respaldo, toda la información institucional permanece protegida, actualizada y disponible, consolidando la confianza en la gestión digital del hospital y apoyando la toma de decisiones basada en datos confiables. | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre se realizo diariamente una copia de seguridad (backup) de la información institucional, garantizando la integridad y disponibilidad de los datos almacenados en los sistemas de información.<br>Contar con un backup es fundamental para proteger la información ante posibles pérdidas, daños, fallos técnicos o ciberataques. Esta práctica asegura la continuidad operativa y permite la recuperación oportuna de los datos en caso de incidentes. | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de 2025 se mantuvo la práctica de realizar copias de seguridad diarias de la información institucional, garantizando la integridad y disponibilidad de los datos almacenados en los sistemas de información. Esta medida preventiva resultó esencial para salvaguardar la información frente a posibles pérdidas, daños, fallos técnicos o ciberataques, asegurando la continuidad operativa de la entidad y la recuperación oportuna de los datos en caso de presentarse incidentes. Las copias de seguridad se encuentran almacenadas en los servidores del hospital, bajo las condiciones de seguridad establecidas para la protección de la información institucional. | 30/12/2025 | Durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2025 se realizaron copias de seguridad diarias de la información institucional correspondiente al proceso de Sistemas de Información, ejecutadas de manera automática, garantizando la integridad y disponibilidad de los datos. Es importante mantener la realización periódica de estos respaldos para asegurar la continuidad operativa y la protección de la información. |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | VERIFICACIÓN DE SOLICITUD DE GENERACIÓN DE REPORTES Y CONTROL DE ENTREGA DE INFORMACIÓN<br>QUIEN: SISTEMAS DE INFORMACIÓN<br>EVIDENCIA: FORMATO DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN IC-SI-FT-01 Y REGISTRO EN MOODLE<br>PERIODICIDAD: A DEMANDA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 40% | MENOR | | | FORMALIZACIÓN, SOCIALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE REPORTES E INFORMACIÓN | SISTEMAS DE INFORMACIÓN | A DAMANDA | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre del año 2025, se recibieron tres solicitudes de generación de información mediante el formato institucional IC-SI-FT-01. Estas solicitudes fueron debidamente analizadas en función del motivo expuesto por los responsables de cada requerimiento.<br>Cada requerimiento fue atendido de manera oportuna, asegurando la trazabilidad, confidencialidad y veracidad de la información suministrada. Se mantiene un control riguroso sobre los registros y la entrega documental, en concordancia con las políticas institucionales y las buenas prácticas de gestión de la información. | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre del año 2025, se recibió una solicitudes de generación de información mediante el formato institucional IC-SI-FT-01. Esta solicitud fue debidamente analizada en función del motivo expuesto por el responsable del requerimiento.<br>El requerimiento fue atendido de manera oportuna, asegurando la trazabilidad, confidencialidad y veracidad de la información suministrada. Se mantiene un control riguroso sobre los registros y la entrega documental, en concordancia con las políticas institucionales y las buenas prácticas de gestión de la información. | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre del año 2025, se recibió una solicitud de generación de información mediante el formato institucional IC-SI-FT-01. Esta solicitud fue debidamente analizada en función del motivo expuesto por el responsable del requerimiento.<br>El requerimiento fue atendido de manera oportuna, asegurando la trazabilidad, confidencialidad y veracidad de la información suministrada. Se mantiene un control riguroso sobre los registros y la entrega documental, en concordancia con las políticas institucionales y las buenas prácticas de gestión de la información. | 30/12/2025 | En el marco de los procesos de gestión y control de la información institucional del Hospital San Rafael de Fusagasugá, se realizó la actividad denominada Verificación de solicitud de generación de reportes y control de entrega de información, mediante la aplicación del Formato de Solicitud de Información IC-SI-FT-01, con el objetivo de garantizar la adecuada trazabilidad, control y formalización de las solicitudes de información requeridas por las diferentes dependencias.<br>Durante el periodo evaluado se efectuó la revisión correspondiente, evidenciándose que no se requirió la generación de nuevas solicitudes de información a través del formato IC-SI-FT-01 a partir de la fecha de la última verificación realizada. Esta situación refleja una adecuada planeación, articulación y cumplimiento en los procesos de generación y entrega de reportes institucionales, así como la disponibilidad oportuna de la información requerida por las áreas involucradas.<br>En consecuencia, al no presentarse requerimientos adicionales ni necesidades de control mediante el formato establecido, se concluye que la actividad se desarrolló de manera satisfactoria y cumplió con su objetivo dentro de los lineamientos institucionales definidos.<br>Con base en lo anterior, la actividad de Verificación de solicitud de generación de reportes y control de entrega de información se considera finalizada, recomendando mantener el seguimiento periódico y la correcta aplicación del formato IC-SI-FT-01 en caso de que se presenten futuras solicitudes, con el fin de asegurar la continuidad y mejora de la gestión de la información institucional del Hospital San Rafael de Fusagasugá. |
| 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 | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | ELABORACIÓN DEL MATERIAL AUDIOVISUAL DE ACUERDO A LOS PARÁMETROS SOLICITADOS EN EL FORMATO ELABORACIÓN DE MATERIAL AUDIOVISUAL CON CÓDIGO CM-FT-05<br>QUIEN: PROFESIONAL DE APOYO DE COMUNICACIONES<br>PERIODICIDAD: DE ACUERDO A NECESIDAD | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | REALIZAR SEGUIMIENTO AL FORMATO DE ELABORACIÓN DE MATERIAL AUDIOVISUAL CON CÓDIGO CM-FT-05 | PROFESIONALES DE APOYO A COMUNICACIONES | MENSUAL | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre, se recibieron un total de 63 solicitudes para el diseño de material audiovisual enviadas al correo electrónico institucional. En respuesta a estas solicitudes y a la producción interna del área, se entregaron 202 imágenes y piezas audiovisuales.<br>La diferencia entre el número de solicitudes recibidas y la cantidad total de imágenes entregadas radica en que en algunas solicitudes relacionan más de una imagen y, por otro lado, una parte significativa del material audiovisual es generado directamente por el subproceso de Comunicaciones y Prensa, sin requerir una solicitud previa. Este mecanismo permite una respuesta más ágil a las necesidades de difusión institucional y fortalece la estrategia de comunicación, sin dejar de lado que todas las peticiones recibidas fueron atendidas conforme a los requerimientos y tiempos establecidos.<br>El volumen de imágenes y material audiovisual entregado en este trimestre refleja una gestión eficiente de los recursos y una estrategia efectiva de comunicación visual. | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre se recibieron 127 solicitudes de diseño de material audiovisual a través del correo institucional. En respuesta a estas peticiones, y como parte de la producción propia del área, se entregaron un total de 277 imágenes y piezas audiovisuales.<br>La diferencia entre el número de solicitudes y la cantidad de piezas entregadas se explica por dos factores: en primer lugar, varias solicitudes incluían la elaboración de múltiples imágenes; y en segundo lugar, una parte importante del contenido fue generado directamente por la Gerencia y el subproceso de Comunicaciones y Prensa, sin necesidad de una solicitud previa. Este enfoque proactivo permite responder de manera más ágil a las necesidades de difusión institucional, fortaleciendo la estrategia de comunicación.<br>Cabe resaltar que todas las solicitudes recibidas fueron gestionadas de acuerdo con los requerimientos específicos y dentro de los tiempos establecidos.<br>El volumen de material entregado durante este periodo evidencia una administración eficiente de los recursos disponibles y una estrategia sólida en la producción de contenido visual para la institución. | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre del año (julio, agosto y septiembre) se recibieron 101 solicitudes de diseño de material audiovisual a través del correo institucional. En atención a estas solicitudes, y como parte de la producción propia del área, se entregaron un total de 81 imágenes y piezas, 16 videos, se realizaron 2 cuñas y 2 programas.<br>Todas las solicitudes recibidas durante este trimestre fueron atendidas de manera oportuna, garantizando el cumplimiento de los requerimientos establecidos.<br>La producción realizada en este periodo evidencia el compromiso del equipo con la calidad y la oportunidad en la entrega, contribuyendo al fortalecimiento de la imagen institucional y a la efectividad de las acciones de comunicación. | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre del año (octubre, noviembre y diciembre), se recibieron 52 solicitudes de diseño de material audiovisual a través del correo institucional. En atención a estos requerimientos y como parte de la producción propia del área, se elaboraron y entregaron un total de 341 piezas audiovisuales, entre videos, piezas gráficas, cuñas radiales y programas.<br>La diferencia significativa entre el número de solicitudes recibidas y la cantidad de piezas entregadas se explica debido a que gran parte de la producción corresponde a contenidos generados directamente desde el proceso de Prensa, en desarrollo de sus funciones misionales y de la dinámica propia de la comunicación institucional. Todas las solicitudes fueron atendidas de manera oportuna, evidenciando el compromiso del equipo con la calidad, la eficiencia y la oportunidad en la entrega, lo cual contribuye al fortalecimiento de la imagen institucional y a la efectividad de las acciones de comunicación. |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | REVISIÓN APROBACIÓN Y PUBLICACIÓN EN LOS CANALES DIGITALES DE LA INSTITUCIÓN (PAGINA WEB, REDES SOCIALES, Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN)<br>QUIEN: PROFESIONAL DE COMUNICACIONES<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE COMENTARIOS NEGATIVOS CON CODIGO IC-MC-FT-10 | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | MEDIA | 60% | MODERADO | | | REVISIÓN APROBACIÓN Y PUBLICACIÓN EN LOS CANALES DIGITALES DE LA INSTITUCIÓN(PAGINA WEB, REDES SOCIALES, Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN) | PROFESIONAL DE COMUNICACIONES PREVIO A APROBACIÓN POR PARTE DEL REFERENTE DEL PROCESO O SUBPROCESO | DE ACUERDO A NECESIDAD | 30/03/2025 | Durante el mes de enero, no se observan comentarios negativos, la mayoría de las interacciones se han mantenido positivas y constructivas, lo que refleja un ambiente de mayor armonía que podría ser un indicio de mejoras en la percepción de los usuarios. En el mes de febrero, se observan dos comentarios negativos, acerca de la atención en urgencias y molestias por la falta de respuesta a llamadas que realizan los usuarios.<br>Aunque el número de comentarios es reducido, es importante prestar atención a estos comentarios, ya que pueden reflejar preocupaciones o áreas de mejora que aún no se han abordado adecuadamente.En el mes de marzo, no se registraron comentarios negativos por parte de los usuarios, lo que puede indicar una mejora en la percepción del servicio o una disminución en las incidencias reportadas. No obstante, es importante continuar monitoreando la calidad de la atención y mantener una comunicación activa con los usuarios para identificar posibles áreas de mejora. La ausencia de comentarios negativos no siempre significa que no existan inconvenientes, por lo que seguir fomentando la retroalimentación y evaluando la satisfacción del usuario es clave para garantizar un servicio eficiente y de calidad. | 30/06/2025 | Durante el mes de abril no se registraron comentarios negativos por parte de los usuarios, lo cual podría reflejar una mejora en la percepción del servicio o una reducción en las incidencias reportadas. Sin embargo, es fundamental continuar con el monitoreo constante de la calidad de la atención y mantener una comunicación activa con los usuarios para detectar oportunidades de mejora.En el mes de mayo, no se registraron comentarios negativos por parte de los usuarios, lo cual reflejar una mejora en la percepción del servicio o una disminución en las incidencias reportadas. No obstante, es esencial mantener un monitoreo constante de la calidad en la atención y fomentar una comunicación activa con los usuarios para identificar oportunidades de mejora.Durante el mes de junio no se evidenciaron registros de comentarios negativos por parte de los usuarios, lo cual podría interpretarse como una mejora en la percepción de la atención brindada o una posible reducción en las situaciones que generan inconformidad. Sin s no siempre significa que no existan inconvenientes, por lo que seguir fomentando la retroalimentación y evaluando la satisfacción del usuario es clave para garantizar un servicio eficiente y de calidad.on base en lo anterior, la actividad de Verificación de solicitud de generación de reportes y control de entre | 30/09/2025 | En julio se recibieron 4 comentarios de felicitación por las actividades institucionales, reflejando la positiva acogida en redes sociales hacia el trabajo del equipo interdisciplinario. No se registraron comentarios negativos, evidenciando el compromiso y disciplina de nuestro personal en su labor asistencial. Las publicaciones realizadas durante el mes de agosto evidencian un trabajo constante y disciplinado, orientado a escuchar la voz de nuestra comunidad y a fortalecer nuestro papel como puente de interacción con los usuarios de los servicios. Se recibieron cuatro comentarios que destacan la gestión desarrollada en las actividades cotidianas del hospital, reflejando de manera positiva la relación que se construye día a día con la comunidad.Durante el mes de septiembre se recibió un cometario negativo en Facebook por el servicio de urgencias, se respondió de manera interna solicitándole que se acercaran al oficina del SIAU para interponer la queja y así poder mejorar el servicio que es están importante y s no siempre significa que no exist | 30/12/2025 | Durante octubre se desarrolló un trabajo comunicacional constante y estratégico, orientado a fortalecer el vínculo con la comunidad y visibilizar las acciones del hospital. A través de una comunicación clara y oportuna, se consolidó una imagen institucional cercana, transparente y comprometida con la ciudadanía y la mejora continua.En el mes de noviembre se registró un comentario negativo por parte de un usuario. Sin embargo, resulta fundamental mantener un monitoreo constante de la calidad del servicio y promover una comunicación activa con los usuarios para identificar oportunidades de mejora.En el mes de diciembre, las redes sociales del hospital no registraron manifestaciones negativas por parte de la comunidad. La gestión comunicacional desarrollada de manera sostenida permitió reforzar los canales de interacción con los usuarios y posicionar de forma positiva las acciones institucionales.<br>La comunicación permanente, coherente y accesible contribuyó a proyectar una imagen del hospital orientada al servicio, la confianza y la responsabilidad social, reafirmando su compromiso con la comunidad y con los procesos de mejora continua. |
| 17 | **GESTIÓN DE CALIDAD** | REPUTACIONAL | 1. Factores Externos<br>•Cambios regulatorios inesperados<br>•Emergencias externas | 1. Factores Organizacionales<br>2. Falta de Recursos<br>3. Gestión Inadecuada del Tiempo<br>4. Factores Humanos<br>5. Problemas de Comunicación<br>6 Fallas en el Seguimiento<br>•Ausencia de indicadores de desempeño<br>•Falta de retroalimentación | PROBABILIDAD DE INCUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE AUDITORIAS DE CALIDAD DE LA INSTITUCIÓN | 1.Consecuencias en la Calidad de la Atención<br>2. Impacto en el Cumplimiento Normativo<br>3. Repercusión Financiera<br>4. Consecuencias en la Imagen y Reputación<br>5. Efectos en la Cultura Organizacional | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | MEDIA | 60% | MODERADO | 60% | MODERADO | 1 | DISEÑO DE UN PROGRAMA ESTRUCTURADO DE AUDITORÍAS<br>PERIODICIDAD: ANUAL<br>EVIDENCIA: PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | DISEÑO DE UN PROGRAMA ESTRUCTURADO DE AUDITORÍAS | EQUIPO DE CALIDAD | ANUAL | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | Se realiza la actualización del programa de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad Vigencia 2025.<br>GC-CA-PG-04 V06 PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD PAMEC 2025.pdf GC-CA-PG-04 V06 PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD PAMEC 2025.pdf | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN AL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | | MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA | EQUIPO DE CALIDAD | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | Se adjunta cronograma de auditorias y seguimientos realizados dentro la vigencia del primer trimestre 2025 | 30/06/2025 | Se realiza seguimiento y monitoreo al plan anual de auditoria de calidad donde se evidencia cumplimiento a corte del segundo trimestre de las auditorias y seguimientos a realizar las cuales fueron ejecutadas y cuentan con soporte en repositorio anclado a correo institucional calidad@hospitaldefusagasuga.gov.co, se adjuta link | 30/09/2025 | Se realiza seguimiento y monitoreo al plan anual de auditoria de calidad donde se evidencia cumplimiento a corte del tercer trimestre de las auditorias y seguimientos a realizar las cuales fueron ejecutadas y cuentan con soporte en repositorio anclado a correo institucional calidad@hospitaldefusagasuga.gov.co, se adjuta link | 30/12/2025 | Se realiza seguimiento y monitoreo al plan anual de auditoria de calidad donde se evidencia cumplimiento a corte del cuarto trimestre de las auditorias y seguimientos a realizar las cuales fueron ejecutadas y cuentan con soporte en repositorio anclado a correo institucional calidad@hospitaldefusagasuga.gov.co, se adjuta link |
| 18 | **GESTIÓN DE CALIDAD** | REPUTACIONAL | Problemas de Comunicación<br>•Deficiente comunicación interna<br>•Retrasos en la socialización de resultados<br>7. Factores Externos<br>•Cambios regulatorios o normativos<br>•Emergencias externas<br>8. Falta de Cultura de Calidad<br>•Enfoque reactivo en lugar de proactivo<br>•Falta de integración de la mejora continua | 1. Factores de Planificación<br>•Definición deficiente de objetivos<br>•Falta de priorización<br>•Planificación poco realista<br>2. Falta de Recursos<br>•Falta de personal capacitado<br>3. Factores Organizacionales<br>•Desconexión entre áreas<br>•Sobrecarga laboral<br>4. Problemas de Seguimiento y Monitoreo<br>•Ausencia de indicadores de desempeño<br>•Monitoreo inadecuado<br>•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<br>•Pérdida o rechazo de la acreditación<br>•Mayor supervisión externa<br>2. En la Calidad y Seguridad del Paciente<br>•Persistencia de fallas críticas<br>•Deterioro de la experiencia del paciente<br>3. En la Gestión Organizacional<br>•Desgaste en la cultura organizacional<br>•Desperdicio de recursos<br>•Fragmentación entre áreas<br>4. En la Reputación Institucional<br>•Impacto negativo en la confianza pública | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | MEDIA | 60% | MODERADO | 60% | MODERADO | 1 | DEFINICIÓN CLARA DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO<br>PERIODICIDAD: ANUAL<br>EVIDENCIA: PLANES DE MEJORAMIENTO PLANTEADOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | DEFINICIÓN CLARA DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO | EQUIPO DE CALIDAD | ANUAL | 30/03/2025 | Se realiza definición de los planes de mejoramiento con fuente de Acreditación, por cada una de las mesas de acreditación los cuales fueron concertados con cada uno de los referentes. Los planes de mejora fueron cargados a la plataforma Almera para su seguimiento y control. | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | GENERAR CONTROLES DE MONITOREO PERIODICOS IMPLEMENTANDO ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS DE LOS MISMOS.<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACCIONES CON SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN | PREVENTIVO 25% | AUTOMÁTICO: EJECUTADO POR UN SISTEMA 25% | 0% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | | MONITOREO DEL PLAN DE ACCION DE LOS SUBPROCESOS | EQUIPO DE CALIDAD | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | Se realiza Seguimiento de segundo orden a los planes de mejoramiento con fuente de Acreditación, por cada una de las mesas de acreditación a través de la plataforma ALmera | 30/06/2025 | Se realiza seguimiento al segundo trimestre de los planes de mejora con fuente PAMEC, el cual es socializado en comité de calidad | 30/09/2025 | Se realiza seguimiento al tercer trimestre de los planes de mejora con fuente PAMEC, el cual es socializado en comité de calidad | 30/12/2025 | Se realiza seguimiento al tercer trimestre de los planes de mejora con fuente PAMEC, el cual es socializado en comité de calidad |
| 19 | **GESTIÓN DE CALIDAD** | REPUTACIONAL | Falta de Cumplimiento en los Planes de Mejora<br>Incumplimiento en las Condiciones de Seguridad | 1. Incumplimiento en las Condiciones Técnico-Administrativas<br>2. Incumplimiento en las Condiciones de Talento Humano<br>3. Incumplimiento en las Condiciones de Infraestructura<br>4. Incumplimiento en las Condiciones de Equipos y Dispositivos Médicos<br>5. Incumplimiento en las Condiciones de Suministros y Medicamentos<br>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<br>Impacto en los Pacientes<br>Impacto Financiero en la Institución<br>Impacto en la Reputación<br>. Impacto en el Personal de Salud<br>Impacto en la Comunidad<br>Dificultades para Recuperar la Certificación<br>Consecuencias en el Sistema de Salud | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | MEDIA | 60% | MODERADO | 60% | MODERADO | 1 | PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN PERIÓDICO DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 3100 DE 2019<br>QUIEN: PROFESIONAL DE CALIDAD<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: INSTRUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN PERIÓDICO DE ACUERDO CON LA RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 | EQUIPO DE CALIDAD | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | Se da cumplimento con la actividad se adjunta autoevaluación de acuerdo con la resolución 3100 de 2019 | 30/06/2025 | Se adjunta link de Carpeta Drive que contiene los soportes correspondientes al proceso de autoevaluación, así como el instrumento de evaluación aplicado<br>https://netorg10296368-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/calidad_hospitaldefusagasuga_gov_co/EgdIbOLRt71BpNJuO9HrUhwBUcOVEIJ3ebxAXFw5wHntLA?e=N39DhA | 30/09/2025 | Se adjunta link de Carpeta Drive que contiene los soportes correspondientes al proceso de autoevaluación, así como el instrumento de evaluación aplicado<br>https://netorg10296368-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/calidad_hospitaldefusagasuga_gov_co/EgdIbOLRt71BpNJuO9HrUhwBUcOVEIJ3ebxAXFw5wHntLA?e=N39DhA | 30/12/2025 | Se adjunta link de Carpeta Drive que contiene los soportes correspondientes al proceso de autoevaluación, así como el instrumento de evaluación aplicado<br>https://netorg10296368-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/calidad_hospitaldefusagasuga_gov_co/EgdIbOLRt71BpNJuO9HrUhwBUcOVEIJ3ebxAXFw5wHntLA?e=N39DhA |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | GENERAR PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO CONTINUO A SU EJECUCIÓN<br>QUIEN: PROFESIONAL DE CALIDAD – LIDERES DE PROCESO<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: INSTRUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN | PREVENTIVO 25% | AUTOMÁTICO: EJECUTADO POR UN SISTEMA 25% | 0% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | | GENERAR PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO CONTINUO A SU EJECUCIÓN | EQUIPO DE CALIDAD | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | Se realiza cargue de las autoevaluaciones realizadas dentro del primer trimestre 2025 | 30/06/2025 | Se adjunta el documento correspondiente a la Creación de plan de mejora y seguimientos a criterios de incumplimiento | 30/09/2025 | Se adjunta link de Carpeta Drive que contiene los soportes correspondientes al proceso de autoevaluación, así como el instrumento de evaluación aplicado<br>https://netorg10296368-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/calidad_hospitaldefusagasuga_gov_co/EgdIbOLRt71BpNJuO9HrUhwBUcOVEIJ3ebxAXFw5wHntLA?e=N39DhA | 30/12/2025 | Se adjunta link de Carpeta Drive que contiene los soportes correspondientes al proceso de autoevaluación, así como el instrumento de evaluación aplicado<br>https://netorg10296368-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/calidad_hospitaldefusagasuga_gov_co/EgdIbOLRt71BpNJuO9HrUhwBUcOVEIJ3ebxAXFw5wHntLA?e=N39DhA |
| 20 | **GESTIÓN DE CALIDAD** | REPUTACIONAL | . Deficiencias en la gestión de riesgos<br>7. Problemas con la comunicación interna y el compromiso de la organización<br>8. Cambios no controlados o no gestionados adecuadamente.<br>9. No.cumplimiento de los requisitos legales y regulatorios<br>10. Deficiente seguimiento a la retroalimentación de las auditorías externas. | 1. No cumplir con los requisitos documentales del Sistema de Gestión.<br>2. Ausencia de un enfoque centrado en el cliente<br>3. Déficit en la mejora continua<br>4. Falta de recursos adecuados para la implementación<br>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<br>2.Reputación deteriorada y pérdida de competitividad<br>3.Reducción en la eficiencia operativa y la mejora continua | EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | EJECUCIÓN DE LAS AUDITORIAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD<br>QUIEN: REFERENTES A CARGO DE LA AUDITORIA<br>PERIODICIDAD: DE ACUERDO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO<br>EVIDENCIA: INFORMES DE AUDITORIA REALIZADOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | EJECUCIÓN DE LAS AUDITORIAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | EQUIPO DE CALIDAD | DE ACUERDO AL CRONOGRAMA | 30/03/2025 | Se adjunta cronograma de auditoria y seguimientos planteado para la vigencia 2025 | 30/06/2025 | Se realiza seguimiento y monitoreo al plan anual de auditoria de calidad donde se evidencia cumplimiento a corte del segundo trimestre de las auditorias y seguimientos a realizar las cuales fueron ejecutadas y cuentan con soporte en repositorio anclado a correo institucional calidad@hospitaldefusagasuga.gov.co | 30/09/2025 | Se realiza seguimiento y monitoreo al plan anual de auditoria de calidad donde se evidencia cumplimiento a corte del tercer trimestre de las auditorias y seguimientos a realizar las cuales fueron ejecutadas y cuentan con soporte en repositorio anclado a correo institucional calidad@hospitaldefusagasuga.gov.co | 30/12/2025 | Se realiza seguimiento y monitoreo al plan anual de auditoria de calidad donde se evidencia cumplimiento a corte del tercer trimestre de las auditorias y seguimientos a realizar las cuales fueron ejecutadas y cuentan con soporte en repositorio anclado a correo institucional calidad@hospitaldefusagasuga.gov.co |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD<br>QUIEN: REFERENTE DE CALIDAD Y GERENCIA<br>PERIODICIDAD: ANUAL<br>EVIDENCIA: INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | MEDIA | 60% | MODERADO | | | REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | EQUIPO DE CALIDAD | ANUAL | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | Se realiza ejecución de revisión por la dirección, con el fin de realizar análisis de los resultados aportados por el sistema de calidad y realizar la toma de decisiones para actuar, promover la mejora continua del sistema y de la organización | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | AUDITORIA EXTERNA CON EL FIN DE REALIZAR SEGUIMIENTO A LA CERTIFICACIÓN ISO 9001: 2015<br>PERIODICIDAD: ANUAL<br>EVIDENCIA: INFORME DE AUDITORIA EXTERNA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución | 17% | MEDIA | 60% | MODERADO | | | AUDITORIA EXTERNA CON EL FIN DE REALIZAR SEGUIMIENTO A LA CERTIFICACIÓN ISO 9001: 2015 | EQUIPO DE CALIDAD | ANUAL | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | Se genera contratación y ejecución de auditoria Externa para la cual deriva informe de las actividades de auditoria desarrolladas. | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE |

Hospital San Rafael de Fusagasugá
"Hospital humano, hospital comprometido"

| Código y Versión |
|---|
| PL-FT-12 V03 |
| Página |

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

| | |
|---|---|
| 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.

**PLAN DE ACCION:** se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia.

| 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 | ATRIBUTOS | | | | | | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO | | | | | | | | | |
| 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-PR02-V02<br>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 | INSATISFACIÓN DEL USUARIO<br>GENERACIÓN DE PLANES DE MEJORA | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | MEDIA | 20% | MENOR | 40% | MODERADO | 1 | MONITOREAR DE MANERA SISTEMÁTICA LA PRIORIZACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD<br>QUIÉN - RESPONSABLE: PROGRAMA DE DISCAPACIDAD<br>CUÁNDO - PERIODICIDAD: DE MANERA MENSUAL<br>MEDIO DE VERIFICACIÓN: TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LISTAS DE CHEQUEO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | Realizar resocialización de los puntos estratégicos de la política y programa de discapacidad frente a la atención de esta población | PROGRAMA DE DISCAPACIDAD | MENSUAL |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE LAS ADECUACIONES FÍSICAS ENFOCADAS A LA POBLACIÓN EN DISCAPACIDAD:<br>QUIÉN - RESPONSABLE: PROGRAMA DE DISCAPACIDAD<br>PERIODICIDAD: DE MANERA SEMESTRAL<br>MEDIO DE VERIFICACIÓN: ACTA DE REUNIÓN DE LA MESA DE TRABAJO. | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 29% | MEDIA | 60% | MODERADO | | REDUCIR | SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE LAS ADECUACIONES FÍSICAS ENFOCADAS A LA POBLACIÓN EN DISCAPACIDAD: | PROGRAMA DE DISCAPACIDAD | semestral |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | REALIZAR RONDAS DE BUSQUEDA ACTIVA PAR IDENTIFICAR NECESIDADES DE PACIENTES EN DISCAPACIDAD<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>QUIEN: REFERENTE DE DISCAPACIDAD<br>MEDIO DE VERIFICACIÓN: NOT DIS EN LA HISTORIA CLINICA DE PACIENTES IDENTIFICADOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 17% | MEDIA | 60% | MODERADO | | REDUCIR | Realizar rondas de búsqueda activa par identificar necesidades de pacientes en discapacidad | PROGRAMA DE DISCAPACIDAD | Semanal |
| 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 CALIDEZ | EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS | PROCESO | BAJA | 40% | MODERADO | 60% | 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.<br>QUIEN- RESPONSABLE: EQUIPO DE HUMANIZACIÓN EN ARTICULACIÓN CON LOS LIDERES DE LOS PROCESOS.<br>CUANDO- PERIODICIDAD: MENSUALMENTE | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 24% | BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | 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. | Equipo de humanización en articulación con los líderes de los procesos. | Mensual |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | REALIZAR MEDICIONES DE LA SATISFACCIÓN FRENTE A LAS INTERVENCIONES REALIZADAS POR EL PROGRAMADE HUMANIZACIÓN<br>QUIEN- RESPONSABLE: EQUIPO DE HUMANIZACIÓN EN ARTICULACIÓN CON LOS LIDERES DE LOS PROCESOS.<br>CUANDO- PERIODICIDAD: MENSUALMENTE | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 14% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | | Realizar mediciones de la satisfacción frente a las intervenciones realizadas por el programade humanización | Equipo de humanización en articulación con los líderes de los procesos. | MENSUAL |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | RONDAS DE HUMANIZACIÓN POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES<br>PERIODICIDAD: DIARIA<br>EVIDENCIA: FORMATO RONDAS DE HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS CODIGO GC-HU-FT-06 | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 8% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | | RONDAS DE HUMANIZACIÓN POR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES | EQUIPO DE HUMANIZACIÓN | DIARIA |
| 23 | **GESTIÓN DE LA CALIDAD / HUMANIZACIÓN** | REPUTACIONAL | Identificación inadecuada de pacientes con enfermedad mental<br>Desconocimiento o falta de conciencia del paciente<br>Falta de diagnóstico adecuado | Identificación inadecuada de pacientes con enfermedad mental | POSIBILIDAD DE ATENCION INADECUADA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL | AUTOLESIONES<br>SUICIDIO<br>DETERIORO DE LA SALUD MENTAL | USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS | PROCESO | ALTA | | MODERADO | | ALTA | 1 | CAPACITACIONES AL CLIENTE INTERNO SOBRE EL PAQUETE INSTRUCCIONAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 17% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | ALTA | | CAPACITACIONES AL CLIENTE INTERNO SOBRE EL PAQUETE INSTRUCCIONAL | EQUIPO DE HUMANIZACIÓN | MENSUAL |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | VERIFICACIÓN DE LA ACTIVACIÓN DE LA RUTA DE SALUD MENTAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 10% | MUY BAJA | 60% | | | | VERIFICACIÓN DE LA ACTIVACIÓN DE LA RUTA DE SALUD MENTAL | EQUIPO DE HUMANIZACIÓN | MENSUAL |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | SOCIALIZACIÓN EN COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE LOS EVENTOS RELACIONADOS CON SALUD MENTAL Y LAS DESVIACIONES PRESENTADAS EN LA VERIFICACIÓN. | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 17% | MUY BAJA | 60% | | | | SOCIALIZACIÓN EN COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE LOS EVENTOS RELACIONADOS CON SALUD MENTAL Y LAS DESVIACIONES PRESENTADAS EN LA VERIFICACIÓN. | EQUIPO DE HUMANIZACIÓN | |

| REFERENCIA | No CONTROL | 1 TRIMESTRE<br>SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025 | | 2 TRIMESTRE<br>SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025 | | 3 TRIMESTRE<br>SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025 | | 4 TRIMESTRE<br>SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
| 21 | 1 | 30/03/2025 | PARA EL MES DE ENERO SE APLICA EL INSTRUMENTO LISTAS DE CHEQUEO EN LOS SERVICIOS PARA MEDIR ADHERENCIA, SE REALIZA SOCIALIZACIÓN EN LOS DIFERENTES SERVICIOS PARA LA PRIORIZACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL PcD, PARA EL MES DE FEBRERO SE APLICA EL INSTRUMENTO LISTAS DE CHEQUEO EN LOS SERVICIOS PARA MEDIR ADHERENCIA, SE REALIZA SOCIALIZACIÓN EN LOS DIFERENTES SERVICIOS PARA LA PRIORIZACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL,PARA EL MES DE MARZO SE APLICA EL INSTRUMENTO LISTAS DE CHEQUEO EN LOS SERVICIOS PARA MEDIR ADHERENCIA, SE REALIZA SOCIALIZACIÓN EN LOS DIFERENTES SERVICIOS PARA LA PRIORIZACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL PcD | 30/06/2025 | PARA EL MES DE ABRIL SE APLICA EL INSTRUMENTO LISTAS DE CHEQUEO EN LOS SERVICIOS PARA MEDIR ADHERENCIA, SE REALIZA SOCIALIZACIÓN EN LOS DIFERENTES SERVICIOS PARA LA PRIORIZACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL PcD, PARA EL MES DE MAYO SE APLICA EL INSTRUMENTO LISTAS DE CHEQUEO EN LOS SERVICIOS PARA MEDIR ADHERENCIA, SE REALIZA SOCIALIZACIÓN EN LOS DIFERENTES SERVICIOS PARA LA PRIORIZACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL PcD, PARA EL MES DE JUNIO SE APLICA EL INSTRUMENTO LISTAS DE CHEQUEO EN LOS SERVICIOS PARA MEDIR ADHERENCIA, SE REALIZA SOCIALIZACIÓN CON EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA INSTITUCION, Y EN LOS DIFERENTES SERVICIOS PARA LA PRIORIZACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL PcD. | 30/09/2025 | PARA EL MES DE AGOSTO SE APLICA EL INSTRUMENTO LISTAS DE CHEQUEO EN LOS SERVICIOS PARA MEDIR ADHERENCIA, SE REALIZA SOCIALIZACIÓN CON EL PERSONAL Y PACIENTES/USUARIOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA INSTITUCIÓN PARA LA PRIORIZACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL PcD Y POBLACIÓN DE ENFOQUE DIFERENCIAL, PARA EL MES DE SEPTIEMBRE SE APLICA EL INSTRUMENTO LISTAS DE CHEQUEO EN LOS SERVICIOS PARA MEDIR ADHERENCIA, SE REALIZA SOCIALIZACIÓN CON EL PERSONAL Y PACIENTES/USUARIOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA INSTITUCIÓN PARA LA PRIORIZACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL PcD Y POBLACIÓN DE ENFOQUE DIFERENCIAL. | 30/12/2025 | PARA EL MES DE OCTUBRE SE APLICA EL INSTRUMENTO LISTAS DE CHEQUEO EN LOS SERVICIOS PARA MEDIR ADHERENCIA, SE REALIZA SOCIALIZACIÓN CON EL PERSONAL Y PACIENTES/USUARIOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA INSTITUCIÓN PARA LA PRIORIZACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL PcD Y POBLACIÓN DE ENFOQUE DIFERENCIAL, PARA EL MES DE NOVIEMBRE SE APLICA EL INSTRUMENTO LISTAS DE CHEQUEO EN LOS SERVICIOS PARA MEDIR ADHERENCIA, SE REALIZA SOCIALIZACIÓN CON EL PERSONAL Y PACIENTES/USUARIOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA INSTITUCIÓN PARA LA PRIORIZACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL PcD Y POBLACIÓN DE ENFOQUE DIFERENCIAL.PARA EL MES DE DICIEMBRE SE APLICA EL INSTRUMENTO LISTAS DE CHEQUEO EN LOS SERVICIOS PARA MEDIR ADHERENCIA, SE REALIZA SOCIALIZACIÓN CON EL PERSONAL Y PACIENTES/USUARIOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA INSTITUCIÓN PARA LA PRIORIZACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL PcD Y POBLACIÓN DE ENFOQUE DIFERENCIAL. |
| | 2 | 30/03/2025 | SE REALIZA MESA DE TRABAJO PARA ESTABLECER EL INICIO DE MEJORA DE LAS CONDICIONES DE LA RAMPA DE INGRESO DE LA ENTRADA PRINCIPAL DE CONSULTA EXTERNA, SE RADICA SOLICITUD POR MESA DE AYUDA N° 002956; CON EL OBJETIVO DE PREVENIR LOS RIESGOS Y CAÍDAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DEMÁS POBLACIÓN. | 30/06/2025 | SE REALIZA MESA DE TRABAJO PARA ESTABLECER EL INICIO DE MEJORA DE LAS CONDICIONES DE LA DE INGRESO DE LA ENTRADA PRINCIPAL DE CONSULTA EXTERNA, SE RADICA SOLICITUD POR MESA DE AYUDA Nº 003177; CON EL OBJETIVO DE PREVENIR LOS RIESGOS Y CAÍDAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DEMÁS POBLACIÓN. | 30/09/2025 | SE REALIZA REVISIÓN JUNTO CON PERSONAL DE PPYE SOBRE EL ESTADO DEL TECHO DE LA ENTRADA PRINCIPAL DE CONSULTA EXTERNA, EL CUAL SE ENCUENTRA EN MAL ESTADO GENERANDO FILTRACIONES DE AGUA, QUE OCASIONAN RIESGOS Y CAÍDAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y DEMÁS POBLACIÓN.<br>SE DA INICIO AL MANTENIMIENTO Y ARREGLO. | 30/12/2025 | SE REALIZA TERMINACIÓN AL MANTENIMIENTO Y ARREGLO DEL TECHO DE CONSULTA EXTERNA, CON EL APOYO DEL PERSONAL DE PLANTA Y EQUIPO. |
| | 3 | 30/03/2025 | PARA EL MES DE ENERO, FEBRERO Y MARZO SE ADJUNTA EL FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD QUE INGRESO A LOS DIFERENTES SERVICIOS; Y SE REALIZA POR DINÁMICA GERENCIAL LA RESPECTIVA NOTA MEDICA. | 30/06/2025 | PARA EL MES DE ABRIL, MAYO, Y JUNIO SE ADJUNTA EL FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD QUE INGRESO A LOS DIFERENTES SERVICIOS; Y SE REALIZA POR DINÁMICA GERENCIAL LA RESPECTIVA NOTA MEDICA. | 30/09/2025 | PARA EL MES DE AGOSTO, SEPTIEMBRE Y OCTUBRE SE ADJUNTA EL FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD QUE INGRESO A LOS DIFERENTES SERVICIOS; Y SE REALIZA POR DINÁMICA GERENCIAL LA RESPECTIVA NOTA MEDICA Y SEGUIMIENTO. | 30/12/2025 | PARA EL MES DE OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE SE ADJUNTA EL FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD QUE INGRESO A LOS DIFERENTES SERVICIOS; Y SE REALIZA POR DINÁMICA GERENCIAL LA RESPECTIVA NOTA MEDICA Y SEGUIMIENTO. |
| 22 | 1 | 30/03/2025 | Durante el segundo trimestre correspondiente a los meses de abril- mayo- junio se realiza despliegue del programa de humanización por medio de capacitaciones mensual donde se sensibiliza al cliente interno en temas de: comunicación asertiva, trabajo en equipo, empatía, privacidad y confidencialidad, vocación del servicio, buena prestación del servicio con criterios de calidez, oportunidad y humanidad, manejo del silencio.<br>ABRIL: Patología - 4 personas<br>MAYO:Equipos Básicos Grupo I - 57 Personas<br>Equipos Básicos Grupo II: 78 Personas<br>JUNIO: Clean House- 29 personas<br>Vigilancia- 19 Personas<br>Para un total de 187 personas capacitadas en el segundo trimestre para una cobertura del 30%<br>Por otro lado se realiza Medición de satisfacción del cliente externo por medio de encuestas de percepción de la humanización donde se aplicaron en los siguientes servicios<br>ABRIL: SERVICIO GINECOLOGÍA CON UN 92.86 % percepción positiva<br>MAYO: SALA DE CIRUGÍA CON UN 92.86 % Percepción positiva<br>JUNIO : ARCHIVO CON UN 75% Percepción positiva<br>Así mismo se realiza rondas por los servicios asistencias y Líneas de Frente con el fin de identificar desviaciones del programa de humanización en cuanta a la prestación de servicio. | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre correspondiente a los meses de abril- mayo- junio se realiza despliegue del programa de humanización por medio de capacitaciones mensual donde se sensibiliza al cliente interno en temas de: comunicación asertiva, trabajo en equipo, empatía, privacidad y confidencialidad, vocación del servicio, buena prestación del servicio con criterios de calidez, oportunidad y humanidad, manejo del silencio.<br>ABRIL: Patología - 4 personas<br>MAYO:Equipos Básicos Grupo I - 57 Personas<br>Equipos Básicos Grupo II: 78 Personas<br>JUNIO: Clean House- 29 personas<br>Vigilancia- 19 Personas<br>Para un total de 187 personas capacitadas en el segundo trimestre para una cobertura del 30%<br>Por otro lado se realiza Medición de satisfacción del cliente externo por medio de encuestas de percepción de la humanización donde se aplicaron en los siguientes servicios<br>ABRIL: SERVICIO GINECOLOGÍA CON UN 92.86 % percepción positiva<br>MAYO: SALA DE CIRUGÍA CON UN 92.86 % Percepción positiva<br>JUNIO : ARCHIVO CON UN 75% Percepción positiva<br>Así mismo se realiza rondas por los servicios asistencias y Líneas de Frente con el fin de identificar desviaciones del programa de humanización en cuanta a la prestación de servicio. | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre correspondiente a los meses de Julio-agosto-septiembre se realiza despliegue del programa de humanización por medio de capacitaciones mensual donde se sensibiliza al cliente interno en temas de: comunicación asertiva, trabajo en equipo, empatía, privacidad y confidencialidad, vocación del servicio, buena prestación del servicio con criterios de calidez, oportunidad y humanidad, manejo del silencio.<br>JULIO:<br>Cardiologia:9 personas<br>Imágenes Diagnosticas:8 personas<br>Laboratorio:20 personas<br>Neumología: 5 personas<br>AGOSTO:<br>Banco de sangre: 10 personas<br>Patología: 4 personas<br>SEPTIEMBRE:<br>Oftalmología-Uci 5 piso- Gastroenterología: 10 personas<br>Para un total de 66 personas capacitadas en el tercer trimestre<br>Por otro lado se realiza Medición de satisfacción del cliente externo por medio de encuestas de percepción de la humanización donde se aplicaron en los siguientes servicios<br>JULIO: MEDICINA INTERNA CON UN 90 % percepción positiva | 30/12/2025 | GDurante el Cuarto trimestre correspondiente a los meses de octubre- noviembre- diciembre se realiza despliegue del programa de humanización por medio de capacitaciones mensual donde se sensibiliza al cliente interno en temas de: comunicación asertiva, trabajo en equipo, empatía, privacidad y confidencialidad, vocación del servicio, buena prestación del servicio con criterios de calidez, oportunidad y humanidad, manejo del silencio.<br>OCTUBRE:<br>Enfermería :204 Personas<br>NOVIEMBRE Y DICIEMBRE:<br>Plataforma Moodle: 670 Personas<br>Para un total de 874 personas capacitadas en el cuarto trimestre<br>Por otro lado se realiza Medición de satisfacción del cliente externo por medio de encuestas de percepción de la humanización donde se aplicaron en los siguientes servicios<br>OCTUBRE : 70 ENCUESTAS EN EL SERVICIO 35 EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA CON UN 94.3% percepción positiva Y 35 ENCUESTAS EN SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS con percepción positiva de 93.2%<br>NOVIEMBRE: 70 ENCUESTAS EN EL SERVICIO LABORATORIO CON UN |
| | 2 | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre correspondiente a los meses de Enero-Febrero- Marzo se aplicaron 210 encuestas de percepción de la humanización en los siguientes servicios:<br>Enero: 70 ENCUESTAS EN EL SERVICIO QUIRURGICAS CON UN 90 % percepción positiva<br>Febrero: 70 ENCUESTAS EN EL SERVICIO URGENCIAS ADULTOS CON UN 84.29 % Percepción positiva<br>Marzo : 70 ENCUESTAS EN EL SERVICIO CONSULTA EXTERNA CON UN 90% Percepción positiva<br>Se socializan los resultados y desviación presentadas en el comité de humanización de manera mensual donde se generan compromisos y oportunidades de mejora frente a las mismas<br>Se adjunta encuestas de percepción<br>Comité de humanizacion | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre correspondiente a los meses de Abril-Mayo-Junio se aplicaron 210 encuestas de percepción de la humanización en los siguientes servicios:<br>Abril: 70 ENCUESTAS EN EL SERVICIO GINECOLOGIA CON UN 92.86 % percepción positiva<br>Mayo 70 ENCUESTAS EN EL SERVICIO SALAS DE CIRUGIA CON UN 92.86 % Percepción positiva<br>Junio: 70 ENCUESTAS EN EL SERVICIO ARCHIVO CON UN 92.86 % Percepción positiva<br>Se socializan los resultados y desviación presentadas en el comité de humanización de manera mensual donde se generan compromisos y oportunidades de mejora frente a las mismas<br>Se adjunta encuestas de percepción<br>Comité de humanizacion | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre correspondiente a los meses de julio-GOATO-SEPTIEMBRE se aplicaron 210 encuestas de percepción de la humanización en los siguientes servicios:<br>JULIO:: 70 ENCUESTAS EN EL SERVICIO MEDICINA INTERNA CON UN 90.1 % percepción positiva<br>AGOSTO 70 ENCUESTAS EN EL SERVICIO HOSPITALIZACION 5 PISO CON UN 91.43 % Percepción positiva<br>SEPTIEMBRE : 70 ENCUESTAS EN EL SERVICIO URGENCIAS PEDIATRICAS CON UN 90 % Percepción positiva<br>Se socializan los resultados y desviación presentadas en el comité de humanización de manera mensual donde se generan compromisos y oportunidades de mejora frente a las mismas<br>Se adjunta encuestas de percepción<br>Comité de humanizacion | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre correspondiente a los meses de julio-GOATO-SEPTIEMBRE se aplicaron 210 encuestas de percepción de la humanización en los siguientes servicios:<br>OCTUBRE : 70 ENCUESTAS EN EL SERVICIO 35 EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA CON UN 94.3% percepción positiva Y 35 ENCUESTAS EN SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS con percepción positiva de 93.2%<br>NOVIEMBRE: 70 ENCUESTAS EN EL SERVICIO LABORATORIO CON UN 90% Percepción positiva<br>DICIEMBRE: 70 ENCUESTAS 35 EN SERVICIO DE BANCO DE SANGRE CON UN percepción positiva de 96% y 35 ENCUESTAS EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGIA Con percepción positiva de 90 %<br>Se socializan los resultados y desviación presentadas en el comité de humanización de manera mensual donde se generan compromisos y oportunidades de mejora frente a las mismas<br>Se adjunta encuestas de percepción<br>Comité de humanizacion |
| | 2 | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre correspondiente a los meses de Enero-Febrero- Marzo se realiza desde el programa de humanización medición de satisfacción del cliente externo por medio de las rondas de humanización en los siguientes servicios:<br>ENERO: Hospitalización 5 piso (1 ronda)<br>Hospitalización quirúrgicas (3 rondas )<br>Laboratorio (2 rondas )<br>FEBRERO: facturación ( 3 rondas)<br>Hospitalización Pediatría ( 3 rondas)<br>MARZO : UCI 4 PISO ( 3 rondas ) | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre correspondiente a los meses de Abril-Mayo-Junio se realiza desde el programa de humanización medición de satisfacción del cliente externo por medio de las rondas de humanización en los siguientes servicios:<br>ABRIL: Facturación ( 3 rondas)<br>MAYO : Vigilancia ( 1 ronda)<br>JUNIO: Quirúrgicas ( 2 rondas)<br>Ginecología ( 1 ronda)<br>Pediatría ( 1 ronda)<br>Se adjunta como soporte formato de rondas | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre correspondiente a los meses de julio-agosto-septiembre se realiza desde el programa de humanización medición de satisfacción del cliente externo por medio de las rondas de humanización en los siguientes servicios:<br>JULIO:<br>2 rondas en la UCI 4 PISO<br>1 ronda en hospitalización Piso<br>2 rondas en Facturación<br>1 ronda en pediatría<br>1 ronda en ginecología<br>AGOSTO:<br>2 rondas en el CAA<br>1 ronda en facturación<br>2 ronda ginecología<br>1 ronda en quirúrgicas<br>1 ronda en pediatría<br>1 ronda en UCI 4 PISO<br>SEPTIEMBRE:<br>3 rondas en el CAA<br>2 rondas en ginecológicas | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre correspondiente a los meses de Octubre-Noviembre- Diciembre se realiza desde el programa de humanización medición de satisfacción del cliente externo por medio de las rondas de humanización en los siguientes servicios:<br>OCTUBRE:<br>2 rondas en urgencias adultos<br>1 ronda en facturación<br>2 rondas en Ginecología<br>1 ronda en el CAA<br>1 ronda en pediatría<br>NOVIEMBRE:<br>3 rondas en quirúrgicas<br>1 ronda urgencias adultos<br>3 rondas en ginecología<br>1 ronda en medicina interna<br>1 ronda uci 4 piso<br>DICIEMBRE:<br>1 ronda en urgencias<br>3 rondas en ginecología<br>3 quirúrgicas<br>1 medicina interna |
| 23 | 1 | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre correspondiente a los meses de Enero-Febrero- Marzo se realiza despliegue del paquete instruccional reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental .<br>SERVICIOS CAPACITADOS<br>ENERO: Vacunación - 12 personas<br>FEBRERO: APS- 35 Personas<br>Lavandería -11 personas<br>MARZO: Activos fijos – 5 personas<br>Enfermería: 245<br>Para un total de 308 Colaboradores capacitados. | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre correspondiente a los meses de Abril- Mayo y Junio se realiza despliegue del paquete instruccional reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental .<br>SERVICIOS CAPACITADOS<br>ABRIL: Patología (4)<br>MAYO: Equipos Básicos grupo I (57)<br>Equipos Básicos grupo II (78)<br>JUNIO: Vigilancia (19)<br>Clean House (29)<br>Para un total de 187 Colaboradores capacitados.<br>*Se adjunta Capacitaciones ( actas, asistencia y registro fotográfico) | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre correspondiente al mes de julio, agosto y septiembre se realiza despliegue del paquete instruccional reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental .<br>JULIO:<br>IMAGENES DIAGNOSTICAS: (8)<br>LABORATORIO: (20)<br>NEUMOLOGIA Y ALTO RIESGO (5)<br>PUESTO DE SALUD (38)<br>AGOSTO:<br>BANCO DE SANGRE (10)<br>PATOLOGÍA (6)<br>SEPTIEMBRE<br>OFTALMOLOGIA-GASTROENTOROLOGIA-UCI 5 PISO (10)<br>Para un total de Colaboradores capacitados.<br>Se adjunta Capacitaciones ( actas, asistencia y registro fotográfico)<br>Para un total de 97 Colaboradores capacitados. | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre correspondiente al mes de octubre, noviembre y corrido del mes de diciembre se realiza despliegue del paquete instruccional reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental .<br>OCTUBRE :<br>INDUCCIÓN ESPECÍFICA (10)<br>NOVIEMBRE:<br>INDUCCIÓN ESPECÍFICA (6)<br>DICIEMBRE :<br>Por medio de la plataforma moodle 670 personas capacitadas<br>Se adjunta Capacitaciones ( actas, asistencia y registro fotográfico) |
| | 2 | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre correspondiente a los meses de Enero-Febrero- Marzo se realiza por medio del formato medición de adherencia paquete instruccional en salud mental seguimiento a las historias clínicas con fin de evaluar la adecuada identificacion del paciente, atención en cuanto a los lineamientos establecidos dentro del paquete.<br>Se aplicar 30 listas de chequeo en el servicios de urgencias adultos, urgencias pediátricas y urgencia ginecológicas.<br>Enero: 10 listas con cumplimento del 95,69 %<br>Febrero: 10 listas con cumplimiento del 94.5 %<br>Mrazo: 10 listas con cumplimento de 95.7 %<br>Se evidencia una acción de resulta optimo en la adherencia y cumplimiento de los criterios establecidos.<br>*Se adjunta Formato de medición de adherencia del paquete instruccional en salud mental junto al acta. | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre correspondiente a los meses Abril-Mayo-Junio se realiza por medio del formato medición de adherencia paquete instruccional en salud mental seguimiento a las historias clínicas con fin de evaluar la adecuada identificación del paciente, atención en cuanto a los lineamientos establecidos dentro del paquete.<br>Se aplicar 30 listas de chequeo en el servicios de urgencias adultos, urgencias pediátricas y urgencia ginecológicas.<br>Abril : 10 listas con cumplimento del 95,70 %<br>Mayo: 10 listas con cumplimiento del 92.39 %<br>Junio: 10 listas con cumplimento de 91.40%<br>Se evidencia una acción de resulta optimo en la adherencia y cumplimiento de los criterios establecidos.<br>*Se adjunta Formato de medición de adherencia del paquete instruccional en salud mental junto al acta. | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre correspondiente a los meses julio-agosto-septiembre se realiza por medio del formato medición de adherencia paquete instruccional en salud mental seguimiento a las historias clínicas con fin de evaluar la adecuada identificación del paciente, atención en cuanto a los lineamientos establecidos dentro del paquete.<br>Se aplicar 30 listas de chequeo en el servicios de urgencias adultos, urgencias pediátricas y urgencia ginecológicas.<br>JULIO : 10 listas con cumplimento del 93.68 %<br>AGOSTO: 10 listas con cumplimiento del 96.81 %<br>SEPTIEMBRE: 10 listas con cumplimiento 97.78%<br>Se evidencia una acción de resulta optimo en la adherencia y cumplimiento de los criterios establecidos.<br>*Se adjunta Formato de medición de adherencia del paquete instruccional en salud mental junto al acta. | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre correspondiente a los meses octubre-noviembre-diciembre se realiza por medio del formato medición de adherencia paquete instruccional en salud mental seguimiento a las historias clínicas con fin de evaluar la adecuada identificación del paciente, atención en cuanto a los lineamientos establecidos dentro del paquete.<br>Se aplicar 30 listas de chequeo en el servicios de urgencias adultos, urgencias pediátricas y urgencia ginecológicas.<br>OCTUBRE : 10 listas con cumplimento del 96.8 %<br>NOVIEMBRE: 10 listas con cumplimiento del 97.8 %<br>DICIEMBRE : 10 listas de con cumplimiento del 97.8%<br>Se evidencia una acción de resulta optimo en la adherencia y cumplimiento de los criterios establecidos.<br>*Se adjunta Formato de medición de adherencia del paquete instruccional en salud mental junto al acta. |
| | 3 | 30/03/2025 | Durante el mes de ABRIL se realiza Socialización en el comité de seguridad del paciente los EVENTOS relacionados con salud mental y las desviación presentadas con el fin de obtener oportunidades de mejora en cuanto a la adherencia por parte del equipo multidisciplinar del paquete instruccional reducir el riesgos en la atención a pacientes con enfermedad mental .<br>Adicional se realiza socialización de la ruta de atención en salud mental y los eventos atendidos en la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ como:<br>CONSUMO DE SPA<br>CODIGO GRIS<br>VIOLENCIAS<br>CONDUCTA SUICIDA<br>PSICOPATOLOGIA<br>IVE<br>GESTANTES<br>DUELOS<br>Se socializa las sensibilizaciones realizadas:<br>PATOLOGIA ( 4 colaboradores)<br>INDUCCION ESPECIFICA (7 colaboradores)<br>Se adjunta acta comité de seguridad del paciente- asistencia y presentacion de salud mental | 30/06/2025 | Durante el mes de JUNIO se realiza Socialización en el comité de seguridad del paciente los EVENTOS relacionados con salud mental y las desviación presentadas con el fin de obtener oportunidades de mejora en cuanto a la adherencia por parte del equipo multidisciplinar del paquete instruccional reducir el riesgos en la atención a pacientes con enfermedad mental .<br>Adicional se realiza socialización de la ruta de atención en salud mental y los eventos atendidos en la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ como:<br>CONSUMO DE SPA<br>CODIGO GRIS<br>VIOLENCIAS<br>CONDUCTA SUICIDA<br>PSICOPATOLOGIA<br>IVE<br>GESTANTES<br>DUELOS<br>Se socializa las sensibilizaciones realizadas:<br>CLEAN HOUSE ( 29 colaboradores)<br>VIGILANCIA (19 colaboradores)<br>Se adjunta acta comité de seguridad del paciente- asistencia y presentacion de salud mental | 30/09/2025 | Durante el mes de SEPTIEMBRE se realiza Socialización en el comité de seguridad del paciente los EVENTOS relacionados con salud mental y las desviación presentadas con el fin de obtener oportunidades de mejora en cuanto a la adherencia por parte del equipo multidisciplinar del paquete instruccional reducir el riesgos en la atención a pacientes con enfermedad mental .<br>Adicional se realiza socialización de la ruta de atención en salud mental y los eventos atendidos en la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ como:<br>CONSUMO DE SPA<br>CODIGO GRIS<br>VIOLENCIAS<br>CONDUCTA SUICIDA<br>PSICOPATOLOGIA<br>IVE<br>GESTANTES<br>DUELOS<br>Se socializa las sensibilizaciones realizadas:<br>UCI 5 PISO-OFTALMOLOGIA -GASTRO 10 colaboradores<br>se adjunta capacitaciones del mes de septiembre<br>Se adjunta presentacion de salud mental | 30/12/2025 | Durante el mes de DICIEMBRE se realiza Socialización en el comité de seguridad del paciente los EVENTOS relacionados con salud mental y las desviación presentadas con el fin de obtener oportunidades de mejora en cuanto a la adherencia por parte del equipo multidisciplinar del paquete instruccional reducir el riesgos en la atención a pacientes con enfermedad mental .<br>Adicional se realiza socialización de la ruta de atención en salud mental y los eventos atendidos en la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ como:<br>CONSUMO DE SPA<br>CODIGO GRIS<br>VIOLENCIAS<br>CONDUCTA SUICIDA<br>PSICOPATOLOGIA<br>IVE<br>GESTANTES<br>DUELOS<br>Se socializa las sensibilizaciones realizadas:<br>UCI 5 PISO-OFTALMOLOGIA -GASTRO 10 colaboradores<br>se adjunta capacitaciones del mes de septiembre<br>Se adjunta presentacion de salud mental |

Hospital San Rafael de Fusagasugá
"Hospital humano, hospital comprometido"

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

**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 | ATRIBUTOS |  |  |  |  |  | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO |  |  |  |  |  |  |
| 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<br>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<br>Falta de monitoreo y seguimiento a los planes de mejoramiento y efectividad de los mismos | PROBABILIDAD DE GESTIÓN INADECUADA DE LA NOVEDADES GENERANDO PLANES SIN NINGÚN IMPACTO HACIA EL MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS | Prevalencia del evento adverso | EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS | PROCESO | BAJA | 40% | MODERADO | 60% | MODERADO | 1 | REALIZAR ANALISIS Y MONITOREO A LAS NOVEDADES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE<br>QUIÉN : PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE<br>CUÁNDO - DIARIAMENTE.<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE NOVEDADES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 17% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | MONITOREO AL SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS FRENTE A LAS NOVEDADES GESTIONADAS<br>QUIÉN PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE<br>CUÁNDO - MENSUALMENTE<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE ACCIONES DE MEJORA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 10% | MUY BAJA | 60% | 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<br>Fallas en los análisis de las novedades de seguridad | Baja adherencia al programa de Seguridad del paciente<br>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 ADHERNECIA A LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | Quejas, Demandas y derechos de petición a diferentes entes reguladores<br>Sanciones regulatorias y legales | EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS | PROCESO | BAJA | 40% | MODERADO | 60% | MODERADO | 1 | REALIZAR INSPECCIONES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS<br>QUIEN: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE<br>CUANDO: MENSUALMENTE<br>EVIDENCIA: FORMATO DE VERIFICACIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 17% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS<br>QUIEN: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE<br>CUANDO: MENSUALMENTE<br>EVIDENCIA: ACTAS DE RONDAS DE SEGURIDAD | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 17% | MUY BAJA | 60% | MODERADO |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 | BUSQUEDA ACTIVA EN LOS SERVICIOS DE NOVEDADES DE SEGURIDAD<br>QUIEN: PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE<br>CUANDO: MENSUALMENTE<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE BUSQUEDA ACTIVA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 10% | MUY BAJA | 60% | MODERADO |  |  |
| 26 | GESTIÓN DE LA CALIDAD /AMBIENTAL | ECONOMICO | 1. Parte operativa de cada proceso<br>2. Diseño del proceso<br>3. Infraestructura y dotación<br>4. Catástrofes naturales<br>5. Competencia del personal | 1.1 No existe las condiciones de almacenamiento adecuados<br>1.1 Almacenamiento inadecuado, (reacción con otra sustancias)<br>2.1 Falta de protocolos de seguridad<br>3.1 Envases no adecuados<br>3. 2 Dotación insuficiente<br>3. 3. No adquisición de productos en presentación en volúmenes adecuados que evite el re emase<br>4. Inundación o sismos<br>5.1 Incorrecta manipulación | PROBABILIDAD DE DERRAME DE SUSTANCIAS QUIMICAS Y BIOLOGICAS | Exposición a sustancias peligrosas<br>Contaminación cruzada<br>Sanciones y multas<br>Demandas legales<br>Impacto sobre de la imagen institucional | EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS | AMBIENTAL | ALTA | 80% | MAYOR | 80% | ALTA | 1 | APLICACIÓN DE LISTAS DE VERIFICACIÓN DEL KIT DE DERRAMES<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>QUIEN: INGENIERA AMBIENTAL<br>EVIDENCIA:ACTA Y SOPORTES DE INSPECCIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución | 48% | MEDIA | 80% | MAYOR | ALTA | REDUCIR |
| 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | CAPACITACION SOBRE MANEJO DE DERRAMES<br>PERIODICIDAD: BIMESTRAL<br>QUIEN: INGENIERA AMBIENTAL<br>EVIDENCIA: ACTA Y LISTADOS DE CAPACITACIÓN, | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 80% | MAYOR |  |  |
| 27 | GESTIÓN DE LA CALIDAD /AMBIENTAL | ECONOMICO | 1. `Parte operativa de cada proceso.<br>2. Infraestructura<br>3. Competencia del personal<br>4. Tecnología | 1.1 Descargue de sustancias<br>2.1 Falta de desagüe especifico para vertimiento de los contaminantes<br>3.1 falta de adherencia a las directrices relacionadas con descargas<br>4.1 Falta de tecnología eficiente | POSIBILIDAD DE VERTIDO DE CONTAMINANTES INCONTROLADOS A LA RED DE ALCANTARILADO | Exposición a sustancias peligrosas<br>Contaminación cruzada<br>Sanciones y multas<br>Demandas legales<br>Impacto sobre de la imagen institucional | EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS | AMBIENTAL | ALTA | 80% | MAYOR | 80% | ALTA | 1 | CARACTERIZACION DE VERTIMIENTOS<br>QUIÉN: INGENIERA AMBIENTAL<br>CUÁNDO:ANUAL<br>MEDIO DE VERIFICACION: INFORMES DEL ANALISIS FISICOQUIMICO DEL VERTIMIENTO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 80% | MAYOR | ALTA | REDUCIR |
| 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | SEGUIMIENTO AL FORMATO DE INACTIVIACION DE VERTIMIENTOS<br>PERIODICIDAD.: MENSUAL<br>QUIEN: INGENIERA AMBIENTAL, ODONTOLOGIA, LABORATORIO CLINOICO<br>EVIDENCIA: FORMATO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución | 29% | BAJA | 80% | MAYOR |  |  |
| 28 | GESTIÓN DE LA CALIDAD /AMBIENTAL | REPUTACIONAL | Contaminación de fuentes de agua infraestructura deficiente o envejecida<br>Inundaciones<br>Problemas en las plantas de tratamiento | Contaminación de fuentes de agua infraestructura deficiente o envejecida<br>Inundaciones<br>Problemas en las plantas de tratamiento | PROBABILIDAD DE AFECTACIÓN POR CALIDAD DEL AGUA | Enfermedades transmisibles<br>Contaminación cruzada<br>Impacto en la operatividad<br>Disminución de la calidad de la atención | EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS | AMBIENTAL | BAJA | 100% | MODERADO | 60% | MODERADO | 1 | CARACTERIZACIÓN DE AGUA POTABLE<br>QUIEN: EMPRESA CONTRATADA<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: CERTIFICADO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución | 29% | BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | LAVADO DE TANQUES<br>QUIEN: EMPRESA CONTRATADA<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: CERTIFICADO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 20% | BAJA | 60% | MODERADO |  |  |
| 29 | GESTIÓN DE LA CALIDAD /AMBIENTAL | ECONOMICO | Taponamiento de alcantarillado o desagües<br>Fuertes lluvias o lluvias prolongadas<br>Condiciones climáticas extremas<br>Deficiencias en el sistema de drenaje<br>Desastres naturales | Taponamiento de alcantarillado o desagües<br>Fuertes lluvias o lluvias prolongadas<br>Condiciones climáticas extremas<br>Deficiencias en el sistema de drenaje<br>Desastres naturales | PROBABILIDAD DE INUNDACIONES QUE AFECTEN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO | Interrupción de la prestación de servicios médicos<br>Daños a la infraestructura del hospital<br>Evacuaciones y desplazamiento de pacientes<br>Fallas en la infraestructura | EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS | AMBIENTAL | BAJA | 100% | MODERADO | 60% | MODERADO | 1 | MANTENIMIENTO DE DESAGUES Y ALCANTARILLADO EN AREAS ADYACENTES DE LA INSTITUCIÓN<br>QUIEN: PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: REGISTRO FOTOGRAFICO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 29 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL MANTENIMIENTO DE DESAGUES Y ALCANTARILLADO<br>QUIEN: GESTIÓN AMBIENTAL<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACTA DE SEGUIMIENTO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 20% | BAJA | 60% | MODERADO |  |  |
| 30 | GESTIÓN DE LA CALIDAD /AMBIENTAL | ECONOMICO | Segregación inadecuada de residuos<br>Uso irracional de los recursos naturales | Segregación inadecuada de residuos<br>Uso irracional de los recursos naturales | PROBABILIDAD DEAUMENTO DEL IMPACTO AMBIENTAL POR CONSUMO DE RECURSOS NATURALES | Contribución al cambio climático<br>Agotamiento de recursos naturales<br>Contaminación del aire y otros ecosistemas<br>Impacto en la salud de la comunidad<br>Sanciones o impuestos por emisiones<br>Impacto en la imagen institucional | EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS | AMBIENTAL | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | SEGUIMIENTO A LA GENERACIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS<br>QUIÉN: INGENIERA AMBIENTAL<br>CUANDO: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: INDICADORES DE SEGUIMIENTO A LA GENERACIÓN DE RESIDUOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | SEGUIMIENTO DE CALCULADORA AMBIENTAL CON EL FIN DE VERIFICAR EL CONSUMO MENSUAL DE LOS RECURSOS (AGUA, GAS, LUZ, PAPELERIA )<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE INDICADORES AMBIENTALES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución | 40% | MEDIA | 60% | MODERADO |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 | SEGUIMIENTO AL CONSUMO DE PAPEL DE CADA SERVICIO<br>QUIEN: GESTIÓN AMBIENTAL<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACTA DE SEGUIMIENTO AL CONSUMO DE PAPEL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 60% | MODERADO |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 | IMPLEMENTACIÓN DE COMPARENDOS EDUCATIVOS<br>QUIEN: GESTIÓN AMBIENTAL<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACTA CON LOS COMPARENDOS IMPLEMENTADOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 20% | BAJA | 60% | MODERADO |  |  |

**PLAN DE ACCION:** se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia.

| REFERENCIA | No CONTROL | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD | 1 TRIMESTRE |  | 2 TRIMESTRE |  | 3 TRIMESTRE |  | 4 TRIMESTRE |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  | SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025 |  | SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025 |  | SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025 |  | SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025 |  |
|  |  |  |  |  | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
| 24 | 1 | Incluir las novedades de forma diaria en matriz de registro base de datos de seguridad del paciente | referente de seguridad del paciente | Diariamente | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre de la vigencia 2025, se registró un total de 619 novedades de seguridad del paciente, las cuales han sido analizadas y socializadas en el Comité de Seguridad del Paciente para su respectiva gestión y mejora continua.<br>Se resalta, además, el incremento en el reporte de novedades extrainstitucionales asociadas a úlceras por presión, evidenciando una mayor conciencia en la identificación y notificación de estos eventos. Dichas novedades son reportadas de manera efectiva a las aseguradoras, con el propósito de garantizar el seguimiento oportuno y la implementación de acciones de prevención y control en los diferentes niveles de atención en salud. | 30/06/2025 | Para el segundo trimestre de la vigencia 2025 se presenta un total de 724 novedades de seguridad estas se discriminan efectivamente.<br>otros, es decir que son eventos sin práctica segura obedecen a:<br>17 eventos corresponde a un global de 32% asociados a: desfacelación, laseración por aditamentos, equimosis pos punción<br>Práctica Infecciones Asociadas a la Atención en Salud<br>23 eventos corresponde a un global equivalente a: 27.6%: eventos: Neumonía asociada a la atención en salud, ISO, infección urinaria asociada a catéter urinario, infección asociada a torrente sanguíneo de catéter venoso central.<br>20 eventos adversos correspondientes a prevención de ulceras por presión equivalentes a 20.6% | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de 2025, se registró un total de 639 novedades de seguridad del paciente, las cuales fueron clasificadas y analizadas para su respectivo seguimiento y toma de acciones correctivas. A continuación, se presenta la discriminación de los eventos más relevantes:<br>1. Eventos clasificados como "Otros" (sin práctica segura)<br>Se reportaron 17 eventos, lo que representa un 2.6% del total de esta categoría. Estos casos estuvieron relacionados con:<br>Desafectación<br>Laceraciones ocasionadas por aditamentos médicos<br>Equimosis posteriores a punciones<br>Flebitis<br>2. Eventos relacionados con Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)<br>Se identificaron 27 eventos, equivalentes al 4.2%, asociados principalmente a:<br>Neumonía asociada a la atención en salud<br>Infecciones del sitio operatorio (ISO) | 30/12/2025 | Para el cuarto trimestre de la vigencia 2025, se registró un total de 639 novedades de seguridad del paciente, las cuales fueron debidamente clasificadas, analizadas y gestionadas, con el propósito de asegurar su seguimiento y la implementación de acciones de mejora orientadas a la mitigación del riesgo y la prevención del daño. A continuación, se presenta la discriminación de los eventos más relevantes identificados durante el periodo evaluado:<br>a. Eventos clasificados como "Otros" (sin práctica segura asociada)<br>Se reportaron 17 eventos, equivalentes al 2,6 % del total. Estos se relacionaron principalmente con desafectación, laceraciones ocasionadas por aditamentos médicos, equimosis posteriores a punciones y flebitis, evidenciando oportunidades de mejora en la aplicación de prácticas seguras durante la atención.<br>b. Eventos asociados a Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)<br>Se identificaron 27 eventos, correspondientes al 4,2 %, asociados principalmente a neumonía relacionada con la atención en salud, infecciones del sitio operatorio (ISO), infección urinaria asociada al uso de catéter urinario e infecciones del torrente sanguíneo vinculadas a catéter venoso central, lo cual resalta la necesidad de fortalecer las medidas de prevención y control de infecciones.<br>c. Eventos adversos relacionados con la prevención de úlceras por presión<br>Durante el periodo se reportaron 12 eventos, que representan el 1,8 % del total de las novedades, evidenciando oportunidades de fortalecimiento en la valoración del riesgo, la implementación de medidas |
| 24 | 2 | Evaluar el cumplimiento y efectividad de los planes de mejoramiento producto de las novedades de seguridad del paciente | referente de seguridad del paciente | MENSUAL | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre, se llevó a cabo el seguimiento a las acciones de mejoramiento incorporadas en el sistema de reporte y gestión Almera, con el objetivo de garantizar su correcta implementación y efectividad. Es fundamental que los líderes de cada área realicen un monitoreo continuo de las acciones registradas, asegurando que estas sean gestionadas de manera adecuada y alineadas con los planes de mejora institucionales.<br>Se ha identificado que el área de enfermería ha solicitado reiteradamente el retiro de acciones de mejoramiento, debido a que estas quedan registradas de manera simultánea por parte del verificador o supervisor. Por ello, se hace necesario establecer un proceso de verificación sistemática de las acciones previamente acordadas, evitando duplicaciones y asegurando que las intervenciones sean efectivas y correctamente documentadas en el sistema. | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre de la vigencia 2025, se llevó a cabo el seguimiento mensual a las acciones de mejora formuladas a partir de novedades reportadas en el marco del Programa de Seguridad del Paciente, específicamente relacionadas con la identificación y clasificación de incidentes.<br>En total, se registraron 119 acciones de mejora distribuidas en los meses de abril, mayo y junio, con los siguientes avances:<br>Abril:<br>Total de acciones: 34<br>Terminadas: 26<br>En planeación: 6<br>En ejecución: 2<br>Mayo:<br>Total de acciones: 42<br>Terminadas: 36<br>En planeación: 5 | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre, se realizó el seguimiento a las acciones de mejora registradas en el sistema de reporte y gestión Almera, con el fin de verificar su correcta implementación y efectividad.<br>Se reitera la importancia de que los líderes de cada área realicen un monitoreo constante de estas acciones, garantizando su adecuada gestión y coherencia con los planes institucionales de mejora continua. | 30/12/2025 | Para el cuarto trimestre se evidencian un total de 100 acciones de mejoramiento formuladas en el marco del Programa de Seguridad del Paciente. De estas, 76 acciones se encuentran cerradas y debidamente ejecutadas, lo que corresponde a un 76 % de cumplimiento, mientras que 24 acciones permanecen pendientes, equivalentes al 24 %, las cuales se encuentran en proceso de gestión y seguimiento para su cierre efectivo dentro de los plazos establecidos. |
| 25 | 1 | Incluir las novedades de forma diaria en matriz de registro base de datos de seguridad del paciente | referente de seguridad del paciente | Diariamente | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre de 2025, se realizaron un total de 14 inspecciones de seguridad en los puestos de salud, distribuidas de la siguiente manera:<br>Enero: Tibacuy, Cumaca, Chinauta y Novillero.<br>Febrero: Tibacuy, Cumaca, Pasca y Obrero.<br>Marzo: Pasca, La Venta, Obrero y Progreso.<br>Como parte de las acciones de mejoramiento, se identificó la necesidad de reforzar el llamado por nombres y apellidos en la sala de espera, garantizando una correcta identificación de los pacientes y reduciendo el riesgo de errores en la atención.<br>Adicionalmente, se llevaron a cabo 235 inspecciones, evaluando el cumplimiento de prácticas seguras en la atención de los pacientes. Durante estas verificaciones, se identificaron varias oportunidades de mejora, entre ellas:<br>Ausencia de un sistema de llamado estructurado, lo que podría afectar la identificación segura de los usuarios.<br>Falta de discriminación de riesgos en los tableros o manillas de los pacientes, lo que dificulta la identificación de condiciones especiales.<br>Rotulación inadecuada de medicamentos, lo que representa un riesgo en | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre de 2025, se realizaron un total de 14 inspecciones de seguridad en los puestos de salud, distribuidas de la siguiente manera:<br>abril: obrero , CAA, Tibacuy, Progreso, Venta.<br>Mayo: Progreso, venta, Novillero, Aguadita, CAA<br>Junio: Obrero, Progreso, Venta Y Tibacuy<br>En el marco de las acciones orientadas al mejoramiento continuo de la calidad en la atención, se identificó una necesidad importante: fortalecer el protocolo de llamado por nombres y apellidos en la sala de espera. Esta medida busca garantizar una identificación precisa y personalizada de cada paciente, reduciendo significativamente la posibilidad de errores que puedan afectar la seguridad y eficiencia en la prestación del servicio.<br>Durante el proceso de evaluación, se realizaron un total de 252 inspecciones enfocadas en verificar el cumplimiento de prácticas seguras dentro del entorno asistencial. Este ejercicio permitió identificar varias áreas críticas con potencial para mejorar, las cuales se detallan a continuación:<br>• Ausencia de un sistema de llamado estructurado: La carencia de un mecanismo formal y estandarizado para el llamado de pacientes genera incertidumbre y aumenta el riesgo de confusión entre usuarios, lo que puede traducirse en errores de atención o retrasos. Un sistema organizado y claro es fundamental para mantener la fluidez en la gestión de la sala de espera y proteger la seguridad del paciente.<br>• Falta de discriminación de riesgos en tableros o manillas: La identificación visual de riesgos específicos mediante tableros o pulseras | 30/09/2025 | En el marco de las acciones para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención, se identificó la necesidad de fortalecer el protocolo de llamado por nombres y apellidos en salas de espera, con el fin de asegurar una correcta identificación del paciente y minimizar errores en el servicio.<br>Durante el proceso evaluativo, se realizaron 331 inspecciones centradas en el cumplimiento de prácticas seguras, lo que permitió identificar áreas críticas a mejorar:<br>Ausencia de un sistema de llamado estructurado: La falta de un mecanismo estandarizado genera confusión y riesgos en la atención.<br>Falta de identificación de riesgos en tableros o manillas: La no discriminación visual de condiciones especiales impide una atención oportuna y segura.<br>Rotulación inadecuada de medicamentos: La ausencia de etiquetas claras incrementa el riesgo de errores en la administración de fármacos.<br>Barandas sin elevar en camas hospitalarias: Esta omisión compromete la seguridad física de los pacientes con movilidad limitada.<br>Estos hallazgos fueron presentados ante el Comité de Seguridad del Paciente, donde se estableció un plan de acción con estrategias correctivas y preventivas. La socialización de los resultados busca generar compromiso institucional y fortalecer los procesos de atención, asegurando una mejora continua en la calidad y seguridad del paciente. | 30/12/2025 | Para el cuarto trimestre de la vigencia 2025, y en el marco de las estrategias orientadas al mejoramiento continuo de la calidad y la seguridad en la atención, se evidenció la necesidad de fortalecer el protocolo institucional de llamado por nombres y apellidos en salas de espera, como medida clave para garantizar una adecuada identificación del paciente y reducir el riesgo de errores durante la prestación del servicio.<br>Durante el periodo evaluado, se realizaron 331 inspecciones focalizadas en la verificación del cumplimiento de prácticas seguras, lo cual permitió identificar oportunidades de mejora relevantes en los procesos asistenciales, entre las que se destacan:<br>Ausencia de un sistema de llamado estructurado y estandarizado, situación que puede generar confusión en los usuarios y aumentar el riesgo de fallas en la identificación del paciente.<br>Insuficiente identificación visual de riesgos mediante tableros o manillas, lo que dificulta la detección oportuna de condiciones clínicas especiales y limita la toma de decisiones seguras.<br>Rotulación inadecuada o inexistente de medicamentos, incrementando el riesgo de errores en la preparación y administración de fármacos.<br>Barandas de seguridad en camas hospitalarias sin elevar, lo cual compromete la seguridad física de los pacientes, especialmente aquellos con movilidad reducida o en condición de vulnerabilidad. |
| 25 | 2 | RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS | referente de seguridad del paciente | MENSUAL | 30/03/2025 | Teniendo en cuenta la tercera línea estratégica del programa de seguridad del paciente, "Cultura de Seguridad del Paciente", se desarrolló ronda de seguridad en el servicio de hospitalización del quinto piso, alcanzando un porcentaje de cumplimiento del 66%. Se adjunta el acta de la ronda de seguridad realizada el 16 de enero de 2025, en la que participaron los diferentes aliados estratégicos del programa. Durante la ronda, se aplicaron las listas de chequeo correspondientes.<br>De acuerdo con las actividades programadas en el cronograma de rondas de seguridad a los puestos de salud, durante el mes de enero se llevó a cabo una visita de seguridad al puesto de salud de Chinauta. En esta visita se aplicaron 9 listas de chequeo, evaluando un total de 210 criterios, de los cuales se cumplieron 148, lo que representa una adherencia del 84%.<br>Se realiza proceso de planeación para ejecución de la ronda de seguridad del paciente, realizada en el servicio de Urgencias Adulto con un porcentaje de cumplimiento equivalente al 79%, los formatos con menos adherencia se encuentran apropiación de conocimiento a cliente interno con respecto al programa de seguridad del paciente, precauciones especiales, infecciones, equipos biomédicos, infraestructura y mobiliario.<br>De acuerdo con las actividades programadas en el cronograma de rondas de seguridad a los puestos de salud, durante el mes de enero se llevó a cabo una visita de seguridad al puesto de salud de Trinidad. En esta visita se aplicaron 7 listas de chequeo, evaluando un total de 135 criterios, de los cuales se cumplieron 114, lo que representa una adherencia del 75%. | 30/06/2025 | En línea con la tercera estrategia del programa de Seguridad del Paciente, denominada "Cultura de Seguridad del Paciente", se llevaron a cabo rondas de seguridad en diversos servicios con el propósito de evaluar y fortalecer las prácticas seguras en la atención. Los resultados obtenidos en cada área fueron los siguientes:<br>Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del cuarto piso, con un cumplimiento del 80%.<br>Salas de Cirugía, alcanzando un 81% de cumplimiento.<br>Servicios Quirúrgicos, con un cumplimiento del 73%.<br>UCI del quinto piso, registrando un 74% de cumplimiento.<br>Laboratorio, con un cumplimiento del 72%.<br>Sala de Partos, alcanzando el mayor porcentaje, con un 83% de cumplimiento.<br>Se adjunta el acta correspondiente a estas rondas de seguridad, en las cuales participaron activamente los diferentes aliados estratégicos del programa. Durante las visitas, se aplicaron rigurosamente las listas de chequeo diseñadas para evaluar el cumplimiento de los estándares de seguridad, lo que permitió identificar fortalezas y oportunidades de mejora en cada servicio. | 30/09/2025 | En cumplimiento de la tercera estrategia del Programa de Seguridad del Paciente: "Cultura de Seguridad del Paciente", se llevaron a cabo rondas de seguridad en diferentes servicios asistenciales con el objetivo de evaluar el cumplimiento de prácticas seguras y promover la mejora continua.<br>Durante las visitas, se aplicaron listas de chequeo estandarizadas, con la participación activa de los aliados estratégicos del programa. Los resultados por servicio fueron los siguientes:<br>Servicios :QUIRURGICAS 72%<br>CONSULTA EXTERNA 78%<br>HOSPITALIZACION 5 PISO 68%<br>URGENCIAS GINECOLOGICAS 83%<br>FARMACIA 74%<br>PEDIATRIA 89%<br>LABORATORIO 79%<br>Puestos de Salud Comunitarios<br>PUESTO DE SALUD TRINIDAD 66%<br>PUESTO DE SALUD DE PASCA 89%<br>PUESTO DE SALUD BOSACHOQUE 89%<br>Las actas correspondientes a cada ronda se adjuntan al presente informe. | 30/12/2025 | En cumplimiento de la tercera estrategia del Programa de Seguridad del Paciente: "Cultura de Seguridad del Paciente", durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025 se realizaron rondas de seguridad en diferentes servicios asistenciales, con el propósito de evaluar el cumplimiento de prácticas seguras, fortalecer la cultura organizacional y promover la mejora continua.<br>Durante las visitas se aplicaron listas de chequeo estandarizadas, contando con la participación activa de los aliados estratégicos del programa. Los resultados de cumplimiento por servicio fueron los siguientes: pediatría 89 %, hospitalización quinto piso 66,2 %, salas de cirugía 87,2 %, servicio transfusional 83,3 % y urgencias adulto 79 %.<br>A partir de los resultados obtenidos, se establece un promedio de cumplimiento del 80,9 %, el cual corresponde al cumplimiento global de las rondas de seguridad realizadas durante el cuarto trimestre de 2025. Este resultado evidencia un nivel adecuado de adherencia a las prácticas seguras, así como oportunidades de mejora focalizadas, especialmente en aquellos servicios con menor porcentaje de cumplimiento, las cuales serán abordadas mediante planes de acción específicos y seguimiento continuo. |
| 25 | 3 | BUSQUEDA ACTIVA EN LOS SERVICIOS DE NOVEDADES DE SEGURIDAD | referente de seguridad del paciente | MENSUAL | 30/03/2025 | Se realiza verificación en los servicios de hospitalización: medicina interna, quirúrgicas, Ginecología, urgencias donde se evidencia falla en la identificación con el usuario, rótulos correspondiente a liquidos endovenosos, barandas sin elevar y no se realiza cambio de posición. | 30/06/2025 | Se llevó a cabo una verificación en los servicios de hospitalización, incluyendo medicina interna, pediatría, ginecología y urgencias. Durante esta inspección, se identificaron diversas deficiencias que comprometen la seguridad y calidad en la atención al paciente. Entre los principales hallazgos se destacan:<br>Fallas en la correcta identificación de los usuarios, lo que incrementa el riesgo de errores en la administración de tratamientos y procedimientos.<br>Etiquetado inadecuado o ausente en los líquidos endovenosos, lo cual puede derivar en confusión y errores en la administración farmacológica.<br>Barandas de las camas sin elevar, incrementando la probabilidad de caídas y lesiones en pacientes hospitalizados.<br>Ausencia de cambios regulares de posición en los pacientes, lo que puede favorecer la aparición de complicaciones como úlceras por presión.<br>Estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer los protocolos y supervisiones en los servicios evaluados para garantizar una atención segura, integral y centrada en el bienestar del paciente. | 30/09/2025 | Durante los meses de julio, agosto y septiembre, se realizó un seguimiento continuo a los servicios de hospitalización, abarcando las áreas de medicina interna, pediatría, ginecología y urgencias. En el marco de estas verificaciones, se identificaron deficiencias recurrentes que afectan la seguridad del paciente y la calidad del cuidado brindado. Entre los principales hallazgos se reportaron:<br>Deficiencias en la identificación adecuada de los pacientes, lo que representa un riesgo elevado de errores en la administración de medicamentos y procedimientos clínicos.<br>Falta de etiquetado o etiquetado incorrecto en líquidos endovenosos, situación que puede generar confusión en la preparación y administración de tratamientos.<br>Barandas de seguridad en camas hospitalarias sin estar elevadas, lo cual incrementa significativamente el riesgo de caídas.<br>Ausencia de cambios posturales regulares en pacientes encamados, favoreciendo la aparición de úlceras por presión y otras complicaciones asociadas a la inmovilidad prolongada.<br>Estos hallazgos, observados de forma reiterada durante el trimestre evaluado, evidencian la necesidad de reforzar los protocolos de atención y las actividades de supervisión en los servicios hospitalarios. Se recomienda implementar medidas correctivas inmediatas y sostenidas para asegurar una atención segura, oportuna y centrada en las necesidades del paciente. | 30/12/2025 | Para el cuarto trimestre, en el marco de la ejecución de 201 búsquedas activas, se desarrolló un seguimiento sistemático y continuo a los servicios de hospitalización, incluyendo las áreas de medicina interna, pediatría, ginecología y urgencias, con el objetivo de evaluar el cumplimiento de los estándares de seguridad del paciente y la calidad del cuidado asistencial.<br>Como resultado de estas verificaciones, se identificaron hallazgos recurrentes que representan oportunidades de mejora y que pueden impactar de manera directa la seguridad del paciente. Entre los principales se evidenciaron deficiencias en la correcta identificación de los usuarios, lo cual incrementa el riesgo de errores asociados a la administración de medicamentos, realización de procedimientos y continuidad del cuidado. Así mismo, se observó ausencia o incorrecto etiquetado de líquidos endovenosos, situación que puede generar confusión en la preparación, verificación y administración de tratamientos intravenosos.<br>Adicionalmente, se evidenció el no uso adecuado de las barandas de seguridad en camas hospitalarias, encontrándose en algunos casos sin elevar, lo que aumenta de forma significativa el riesgo de caídas, especialmente en pacientes con limitaciones de movilidad o condiciones clínicas que comprometen su estado neurológico. De igual manera, se identificó la falta de realización y registro oportuno de cambios posturales en pacientes encamados, favoreciendo la aparición de úlceras por presión y otras complicaciones derivadas de la inmovilidad prolongada. |
| 26 | 1 | Aplicación de listas de verificación del kit de derrames | Ingeniera ambiental | Mensual | 30/03/2025 | Se cargas inspecciones realizadas en el primer trimestre 2025, donde se tiene una adherencia de 95%. | 30/06/2025 | Se cargan las listas de chequeo de verificación de kit de derrames aplicadas en el segundo trimestre. | 30/09/2025 | Se cargan listas de chequeo de verificación de kit de derrames aplicadas en el tercer trimestre | 30/12/2025 | Se cargan listas de chequeo de verificación de kit de derrames aplicadas en el cuarto trimestre |
| 26 | 2 | Capacitación sobre manejo de derrames | Ingeniera ambiental | Bimestral | 30/03/2025 | Se realiza capacitación en manejo de derrames con el personal de servicios generales. | 30/06/2025 | Se realiza capacitación en manejo de derrames con el personal de servicios generales. | 30/09/2025 | Se realiza capacitación en manejo de derrames con el personal de servicios generales. | 30/12/2025 | Se realiza capacitación en manejo de derrames con el personal de servicios generales. |
| 27 | 1 | Caracterización de vertimientos | Ingeniera ambiental | Anual | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | Se realiza caracterización de aguas residuales. | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE |
| 27 | 2 | Seguimiento al formato de inactivación de vertimientos | Ingeniera ambiental | Mensual | 30/03/2025 | Se Carga formato de inactivación de vertimientos del primer trimestre. | 30/06/2025 | Se Carga formato de inactivación de vertimientos del segundo trimestre. | 30/09/2025 | Se Carga formato de inactivación de vertimientos del tercer trimestre. | 30/12/2025 | Se Carga formato de inactivación de vertimientos del cuarto trimestre. |
| 28 | 1 | CARACTERIZACIÓN DE AGUA POTABLE | EMPRESA CONTRATADA | SEMESTRAL | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/09/2025 |  | 30/12/2025 | Se realiza caracterización de vertimientos en la sede central, la cual muestar que nos encontramos entre lo paramentros permitidos de la norma. |
| 28 | 2 | LAVADO DE TANQUES | EMPRESA CONTRATADA | SEMESTRAL | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/06/2025 | Se da cumplimiento al lavado y desinfección programados de los tanques de almacenamiento de agua potable del hospital y los puestos de salud adscritos, de acuerdo con el cronograma establecido. Las actividades se realizaron conforme a los protocolos vigentes, garantizando condiciones óptimas de salubridad. | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/12/2025 | Se da cumplimiento al lavado y desinfección programados de los tanques de almacenamiento de agua potable del hospital y los puestos de salud adscritos, de acuerdo con el cronograma establecido. Las actividades se realizaron conforme a los protocolos vigentes, garantizando condiciones óptimas de salubridad. |
| 29 | 1 | MANTENIMIENTO DE DESAGUES Y ALCANTARILLADO EN AREAS ADYACENTES DE LA INSTITUCIÓN | PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO | SEMESTRAL | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/06/2025 | Se realiza la adecuada limpieza de desagües, alcantarillado y limpieza de viga canales; evitando bloqueos que puedan afectar las diferentes zonas de la E.S.E. | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/12/2025 | Se realiza la adecuada limpieza de desagües, alcantarillado y limpieza de viga canales; evitando bloqueos que puedan afectar las diferentes zonas de la E.S.E. |
| 29 | 2 | SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL MANTENIMIENTO DE DESAGUES Y ALCANTARILLADO | GESTIÓN AMBIENTAL | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | Se realiza mantenimiento de desagües y alcantarillado, según lo programado en el cronograma de mantenimiento | 30/06/2025 | Se realiza mantenimiento de desagües y alcantarillado, según lo programado en el cronograma de mantenimiento | 30/09/2025 | Se realiza mantenimiento trimestral de desagües y alcantarillado. | 30/12/2025 | Se realiza mantenimiento trimestral de desagües y alcantarillado. |
| 30 | 1 | SEGUIMIENTO A LA GENERACIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS | GESTIÓN AMBIENTAL | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | Fe realiza cargue de la calculadora ambiental de primer trimestre 2025. | 30/06/2025 | Ve realiza cargue de la calculadora ambiental de segundo trimestre 2025. | 30/09/2025 | Ve realiza cargue de la calculadora ambiental de tercer trimestre 2025. | 30/12/2025 | Se realiza cargue de la calculadora ambiental de cuarto trimestre 2025. |
| 30 | 2 | SEGUIMIENTO DE CALCULADORA AMBIENTAL CON EL FIN DE VERIFICAR EL CONSUMO MENSUAL DE LOS RECURSOS | GESTIÓN AMBIENTAL | MENSUAL | 30/03/2025 | Se carga calculadora donde se lleva control de consumos de energía, agua, gas y papeleria. con conrte a mes de marzo | 30/06/2025 | Se carga calculadora Ambeintal donde se lleva control de consumos de energía, agua, gas y papeleria, con corte a junio 2025 | 30/09/2025 | Se carga calculadora ambiental donde se lleva control deconsumos de energía, agua, gas y papeleria, con corte a septiembre 2025. | 30/12/2025 | Se carga calculadora ambiental donde se lleva control deconsumos de energía, agua, gasolina y papeleria, con corte a diciembre 2025. |
| 30 | 3 | SEGUIMIENTO AL CONSUMO DE PAPEL DE CADA SERVICIO<br>QUIEN: GESTIÓN AMBIENTAL | GESTIÓN AMBIENTAL | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | Se realiza verificación de consumo de papel en la institución, donde se evidencia que servicio con mas consumo de papel es central de citas, seguido por urgencias adulto y consulta externa | 30/06/2025 | Se realzia verificación del consumo de resmas de papel en la institución del segundo trimestre esto con el fin de consolidar calculadora ambiental de la vigencia y asi dirigir estrategias donde se pueda disminuir el consumo de este recurso en la institución. | 30/09/2025 | Se realzia verificación del consumo de resmas de papel en la institución del tercer trimestre esto con el fin de consolidar calculadora ambiental de la vigencia y asi dirigir estrategias donde se pueda disminuir el consumo de este recurso en la institución | 30/12/2025 | Se realzia verificación del consumo de resmas de papel en la institución del cuarto trimestre esto con el fin de consolidar calculadora ambiental de la vigencia y asi dirigir estrategias donde se pueda disminuir el consumo de este recurso en la institución |
| 30 | 4 | IMPLEMENTACIÓN DE COMPARENDOS EDUCATIVOS | GESTIÓN AMBIENTAL | SEMESTRAL | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/06/2025 | Se realiza felicitación al servicio de laboratorio por se adehrencia en segregación de cortopunzantes. se anexa pieza grafica. | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/12/2025 | Se realiza felicitación al servicio de PEDIATRIA por se adehrencia en segregación de cortopunzantes. se anexa pieza grafica |

Hospital San Rafael de Fusagasugá
"Hospital humano, hospital comprometido"

Código y Versión
PL-FT-12 V03
Página

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

| | |
|---|---|
| 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. | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | ATRIBUTOS | | | | | | | | | | | |
| 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 | TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | 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 aseo frente a recolección tratamiento y disposición final de residuos y mapa de ruta sanitaria<br>2.2 No se actualizan de los mapas de ruta sanitaria<br>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<br>1.2 Falta de capacitación | PROBABILIDAD DE INADECUADO MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS | Exposición a agentes patógenos<br>Contaminación cruzada<br>Incumplimiento de regulaciones y normas de seguridad<br>Impacto en la imagen institucional | EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS | AMBIENTAL | MUY ALTA | 100% | MAYOR | 80% | ALTA | 1 | CAPACITACIÓN DE ADECUADO MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS SEGÚN CRONOGRAMA<br>MENSUAL<br>INGENIERA AMBIENTAL<br>EVIDENCIA: ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 80% | MAYOR | ALTA | REDUCIR |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | AUDITORIAS A LA EMPRESA GESTORA DE RESIDUOS<br>PERIODICIDAD: ANUAL<br>QUIEN: INGENIERA AMBIENTAL<br>EVIDENCIA: LISTA DE INSPECCIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 80% | MAYOR | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | INSPECIONES A LOS SERVICIOS CON EL FIN DE VERIFICAR LA ADHERENCIA EN SEGREGACIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS<br>PERIODICIADAD: MENSUAL<br>INGENIERA AMBIENTAL<br>EVIDENCIA: INFORME DE INSPECCIONES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 80% | MAYOR | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 4 | CAMPAÑAS POST CONSUMO DE RAEES DE LOS DIFERENTES SERVICIOS PARA CLIENTE INTERNO Y EXTERNO Y MEDICAMENTOS VENCIDOS<br>PERIODICIDAD. SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACTA, ASISTENCIA Y CERTIFICACIÓN DE ENTREGA DEL MATERIAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 13% | MUY BAJA | 80% | MAYOR | | |
| 32 | GESTIÓN DE LA CALIDAD /AMBIENTAL | ECONOMICO | Incendios forestales<br>Accidentes ambientales de industrias circundantes | 1Derrame de sustancias químicas y/o biológicas<br>Almacenamiento de sustancias peligrosas<br>Desastres naturales<br>Deficiencias en la infraestructura hospitalaria | PROBABILIDAD DE CONTAMINACION POR EMERGENCIA AMBIENTALES | Interrupción de servicios médicos<br>Emergencias dentro de las instalaciones<br>Propagación de infecciones<br>Exposición a sustancias tóxicas<br>Aumento de la morbilidad y mortalidad | EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS | AMBIENTAL | MEDIA | 100% | MAYOR | 80% | ALTA | 1 | VERIFICACION DE CONDICIONES SEGURAS<br>QUIÉN: PROFESIONALES AMBIENTALES Y SGSST<br>CUÁNDO: TRIMESTRALMENTE<br>CÓMO: A TRAVES DE APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO<br>MEDIO DE VERIFICACION: LISTAS DE CHEQUEO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 80% | MAYOR | MODERADO | REDUCIR |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | IDENTIFICACION DE LA EMERGENCIA A TRAVES DE CODIGO BRIGADA<br>QUIÉN: PROFESIONALES AMBIENTALES Y SGSST<br>CUÁNDO: SE PRESENTE LA EMERGENCIA AMBIENTAL<br>MEDIO DE VERIFICACION: REGISTRO DE EMERGENCIAS A TRAVES DEL SISTEMAS DE GESTION DE SEGURIDAD EN EL TRABAJO (EMERGENCIAS Y DESASTRES) | CORRECTIVO 10% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 25% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | SEGUIMIENTO AL CRONOGRAMA DE FUMIGACIÓN, PODAS, LIMPIEZA DE CANALETAS Y DESAGUES<br>QUIEN: PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: SOPORTES DE EJECUCCIÓN DE CRONOGRAMAS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 45% | MEDIA | 60% | MODERADO | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 4 | COMPENSACIÓN FORESTAL CON EL FIN DE CREAR CERCAS VIVAS QUE FILTREN EL AIRE QUE INGRESA A LA INSTITUCIÓN<br>QUIEN: GESTIÓN AMBIENTAL<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACTAS DE REUNIÓN CON SOPORTE DE ASISTENCIA | CORRECTIVO 10% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 25% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 34% | BAJA | 60% | 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<br>Lesiones físicas<br>transmisión de infecciones | EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS | AMBIENTAL | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | MODERADO | 1 | CAPACITACIÓN EN EL MANEJO ADECUADO DE RESIDUOS CORTOPUNZANTES<br>QUIEN: GESTIÓN AMBIENTAL<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: LISTA DE ASISTENCIA CON MEDICIÓN DE APROPIACIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIA DE RECONOCIMIENTO POR ADECUADA SEGREGACIÓN DE CORTOPUNZANTES<br>QUIEN: GESTIÓN AMBIENTAL<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACTA CON LAS ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 20% | BAJA | 60% | 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 EAPB POR INADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA | Impacto económico para la institución<br>Eventos adversos y aumento de PQRs<br>Impacto jurídico sobre la institución | EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MENOR | 40% | ALTA | 1 | NOTIFICAR LOS HALLAZGOS IDENTIFICADOS EN LA REVISIÓN DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTE DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>QUIEN: EQUIPO DE AUDITORIA CONCURRENTE<br>EVIDENCIA: INFORME DE AUDITORIA DE HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA. | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 70% | ALTA | 40% | MENOR | MODERADO | REDUCIR |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | AUDITORIA CONCURRENTE AL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA MEDICA Y DE ENFERMERIA<br>QUIÉN - RESPONSABLE: AUDITORIA CONCURRENTE<br>PERIODICIDAD: TIRMESTRAL<br>EVIDENCIA: INFORME DE NOVEDADES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 15% | MEDIA | 40% | MENOR | | 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<br>Eventos adversos y aumento de PQRs<br>Impacto jurídico sobre la institución | EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS | PROCESO | MEDIA | 60% | MAYOR | 80% | 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<br>QUIEN: PERSONAL DE AUDITORIA DE CONCURRENCIA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: CONSOLIDADO DE LOS CONSENTIMIENTOS | CORRECTIVO 10% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 25% | DOCUMENTADO | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 36 | GESTIÓN DE LA CALIDAD / VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA | REPUTACIONAL | Alta rotación de personal de la institución | Desconocimiento de los protocolos de eventos de interés de salud publica del INS | POSIBILIDAD DE INOPORTUNA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA DE LA INSTITUCIÓN A TRAVÉS DEL SIVIGILA A LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL. | Incumplimiento legal<br>Sanciones administrativas | EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | CAPACITAR EL TALENTO HUMANO EN LOS PROTOCOLOS DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PUBLICA.<br>QUIÉN - RESPONSABLE:<br>SIVIGILA Y EPIDEMIOLOGIA<br>PERIODICIDAD: CADA DOS MESES.<br>EVENTOS DE SALUD PUBLICA.<br>MEDIO DE VERIFICACIÓN: INFORME DE CAPACITACIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | 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<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>QUIEN: EPIDEMIOLOGIA<br>MEDIO DE VERIFICACIÓN: FORMATO DE BUSQUEDA ACTIVA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 34% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | NOTIFICACIÓN A TRAVÉS DEL SIVIGILA EVENTOS NO IDENTIFICADOS EN LA INSTITUCIÓN<br>PERIODICIDAD: CADA QUE SE DETECTE UN EVENTO NO NOTIFICADO POR PARTE DEL MEDICO<br>QUIEN: EPIDEMIOLOGIA<br>MEDIO VERIFICACIÓN: FICHA DE NOTIFICACIÓN, DOCUMENTO DRIVE " BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL" | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 24% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 4 | RETROALIMENTACIÓN CON LOS MEDICOS QUE PRESENTAN NOVEDAD DE INCUMPLIMIENTO DE REPORTE DE EVENTO DE SALUD PUBLICA EN EL SIVIGILA<br>QUIEN: EQUIPO DE EPIDEMIOLOGIA<br>CUANDO: SE PRESENTE EL CASO<br>EVIDENCIA: ACTA DE COMPROMISO CON EL MEDICO | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 16% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | |

| | | PLAN DE ACCION: se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia. | | | 1 TRIMESTRE | | 2 TRIMESTRE | | 3 TRIMESTRE | | 4 TRIMESTRE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025 | |
| REFERENCIA | No CONTROL | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
| 31 | 1 | Capacitación de adecuado manejo de residuos hospitalarios Según cronograma | Ingeniera ambiental | Mensual | 30/03/2025 | Se realiza capacitación en manejo de residuos solidos, acorde al cronograma de cpaaictación. | 30/06/2025 | Se realiza capacitación en manejo de residuos solidos, acorde al cronograma de cpaaictación. | 30/09/2025 | Se realiza capacitación en manejo de residuos solidos, acorde al cronograma de cpaaictación. | 30/12/2025 | Se realiza capacitación en manejo de residuos solidos, acorde al cronograma de cpaaictación. |
| 31 | 2 | Auditorias a la empresa gestora de residuos | Ingeniera ambiental | Anual | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/06/2025 | Se carga lista de chequeo aplicada a la empresa ecocapital la que se encarga del tratamiento y la disposición de residuos peligrosos generados en la E.S.E. | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE |
| 31 | 3 | Inspecciones a los servicios con el fin de verificar la adherencia en segregación de residuos hospitalarios | Ingeniera ambiental | Mensual | 30/03/2025 | Se realiza cargue de las inspecciones realizada en el área asistencia, administrativa y puestos de salud, cuyo resultados son presentados en el comité de gagas. | 30/06/2025 | Se realiza cargue de las inspecciones realizadas en el mes de Mayol en las áreas asistenciales, administrativas y puestos de salud que estaban programdas por cornograma. | 30/09/2025 | Se realiza cargue de las inspecciones realizadas en elmes de julio, agosto y septiembre de areas asistenciales, administrativa sy puestos de salud. | 30/12/2025 | Se realiza cargue de las inspecciones realizadas en el cuarto trimestre de areas asistenciales, administrativa y puestos de salu |
| 31 | 4 | Campañas post consumo de RAEES de los diferentes servicios para cliente interno y externo y medicamentos vencidos | Ingeniera ambiental | Bimestral | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/06/2025 | Se realiza la jornada de posconsumo en el acual se invito a la comunidad en general a traer los residuos posconsumo con el fin de dar una adecuada disposicion de estos residuos. | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/12/2025 | Se realiza la jornada de posconsumo en el cual se invito a la comunidad en general a traer los residuos como medicamentos vencidos, baterias y pilas. |
| 32 | 1 | VERIFICACION DE CONDICIONES SEGURAS | PROFESIONALES AMBIENTALES Y SGSST | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | Se realiza lista de chequeo donde se verifica el cumplimiento normativo del transportista de residuos peligrosos. | 30/06/2025 | Se realiza verificación de carro de residuos peligrosos del segundo trimestre. | 30/09/2025 | Se aplica lista de verificación de transporte de residuso peligrosos por medio de lista de chequeo donde se cumple con las condiciones acorde a la normatividad vigente. | 30/12/2025 | Se aplican listas de verificación de transporte de residuos peligrosos por medio de lista de chequeo donde se cumple con las condiciones acorde a la normatividad. |
| 32 | 2 | IDENTIFICACION DE LA EMERGENCIA A TRAVES DE CODIGO BRIGADA | PROFESIONALES AMBIENTALES Y SGSST | CUANDO OCURRA EL EVENTO | 30/03/2025 | Actividad se realizo en el primer trimestre | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE |
| 32 | 3 | SEGUIMIENTO AL CRONOGRAMA DE FUMIGACIÓN, PODAS, LIMPIEZA DE CANALETAS Y DESAGUES | PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO | SEMESTRAL | 30/03/2025 | Se realiza cargue de cronograma de fumigación para la vigencia 2025.<br>Se realiza mantenimiento y de limpieza de viga canalés, bajantes y cubiertas según lo programado en el cronograma de mantenimiento. | 30/06/2025 | Durante el trimestre se realizaron fumigación en las diferentes áreas de la E.S.E. - Adjuntando su respectivo certificado; también se adjunta registro fotográfico de limpieza de viga canales, desagües, alcantarillado; y cronograma institucional.<br>Las actividades de mantenimiento y control se desarrollaron en los tiempos establecidos, cumpliendo con los protocolos ambientales e institucionales. | 30/09/2025 | Durante el trimestre de Julio a Septiembre se realiza la limpieza de viga canales, desagües, alcantarillado; y cronograma institucional. | 30/12/2025 | Durante el trimestre de Octubre a Diciembre se realiza la limpieza de viga canales, desagües, alcantarillado; y cronograma institucional, dando cumplimiento a la fumigación y lavado de tanques. |
| 32 | 4 | COMPENSACIÓN FORESTAL CON EL FIN DE CREAR CERCAS VIVAS QUE FILTREN EL AIRE QUE INGRESA A LA INSTITUCIÓN | GESTIÓN AMBIENTAL | ANUAL | 30/03/2025 | Se realiizo compensación forestal en el primer tiemestre con apoyo del jardinero de la institución. | 30/06/2025 | Se realiza compensación forestal de 400 especies en el segundo trimestre, donde se crearon nuevas cercas vivas y se embellecieron espacios de la institución. | 30/09/2025 | Se realiza compensación forestal en el tercer trimestre de 300 especies por parte de los colaboradores y el jardinero donde se vienen adelantando cercas vivas ern diferentes entorno del hospital. | 30/12/2025 | Se carga acta de compensación realizada en el ultimo trimestre de la vigencia 2025 |
| 33 | 1 | CAPACITACIÓN EN EL MANEJO ADECUADO DE RESIDUOS CORTOPUNZANTES | GESTIÓN AMBIENTAL | SEMESTRAL | 30/03/2025 | Se realiza capacitación con el area de laboratorio y vacunaación en manejo de cortopunzantes, donde se explica la importancia de no reenfundar, el rotulado del guardian y el tiempo de vida util del mismo. | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/12/2025 | Se realiza capacitación con el área de laboratorio en manejo de residuos, donde se especifica el manejo de cortopunzantes, que no se debe refundar y que siempre se debe tener guardian rotulado en su totalidad. |
| 33 | 2 | IMPLEMENTACION DE ESTRATEGIA DE RECONOCIMIENTO POR ADECUADA SEGREGACIÓN DE CORTOPUNZANTES | GESTIÓN AMBIENTAL | SEMESTRAL | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/06/2025 | Se realiza felicitación al servicio de laboratorio por se adehrencia en segregación de cortopunzantes. se anexa pieza grafica. | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/12/2025 | Se realiza felicitación al servicio de PEDIATRIA por se adehrencia en segregación de cortopunzantes. se anexa pieza grafica. |
| 34 | 1 | MATRIZ DE CONSOLIDADO DE HALLAZGOS DE AUDITORIA CONCURRENTE, NOVEDADES DE AUDITORIA | AUDITORIA CONCURRENTE | SEMANAL | 30/03/2025 | CONSOLIDADO NOVEDADES PRESENTADAS DURANTE LA VIGENCIA MES DE ENERO- FEBRERO<br>SEGUIMIENTO<br>CONSECUTIVO SERVICIO TOTAL, HALLAZGOS TOTAL, RECUPERADO<br>1 RADIOLOGÍA 32 $ 3.816.300<br>2 RADIOLOGÍA TAC 21 $ 12.038.741<br>3 TERAPIA FISICA 14 $ 350.000<br>4 TERAPIA RESPIRATORIA 11 $ 646.000<br>5 LABORATORIO CLÍNICO 123 $ 3.775.828<br>6 CARDIOLOGÍA 5 $ 3.415.000<br>7 MÉDICO URGENCIAS 53 $ 3.975.019<br>8 MEDICO HOSPITALIZACION 213 $ 36.368.860<br>9 ENFERMERIA 78 $ 8.313.573<br>10 FARMACIA 4 $ 50.272<br>11 FACTURACION 43 $ 5.133.288<br>12 NUTRICION 0 $ 0,00<br>13 CLINICA DE HERIDAS 7 $ 411.600<br>TOTAL, RECUPERADO 604 $ 78.294.481,00<br>SOCIALIZACION:<br>1. Se socializa las novedades encontradas con los lideres de cada una de las áreas asistenciales para lograr establecer los mecanismos de autocontrol | 30/06/2025 | CONSOLIDADO NOVEDADES PRESENTADAS DURANTE LA VIGENCIA MES DE MAYO- JUNIO<br>SEGUIMIENTO<br>CONSECUTIVO SERVICIO TOTAL, HALLAZGOS TOTAL, RECUPERADO<br>1 RADIOLOGÍA 53 $ 4.338.000<br>2 RADIOLOGÍA TAC 38 $ 25.550.341<br>3 TERAPIA FISICA 0 $ 0,00<br>4 TERAPIA RESPIRATORIA 1 $ 95.600<br>5 LABORATORIO CLÍNICO 74 $ 3.167.600<br>6 CARDIOLOGÍA 0 $ 0,00<br>7 MÉDICO URGENCIAS 21 $ 2.996.486<br>8 MEDICO HOSPITALIZACION 209 $ 31.606.069<br>9 ENFERMERIA 124 $ 4.324.756<br>10 FARMACIA 3 $ 747.000<br>11 FACTURACION 31 $ 7.764.171<br>12 NUTRICION 5 $ 142.000<br>13 FONOADIOLOGIA 1 $ 21.800<br>14 CLINICA DE HERIDAS 3 $ 0,00<br>TOTAL, RECUPERADO 563 $ 80.753.823<br>SOCIALIZACION:<br>1. Se socializa las novedades encontradas con los lideres de cada una de las áreas asistenciales para lograr establecer los mecanismos de | 30/09/2025 | CONSOLIDADO NOVEDADES PRESENTADAS DURANTE LA VIGENCIA MES DE SEPTIEMBRE – OCTUBRE<br>SEGUIMIENTO<br>CONSECUTIVO SERVICIO TOTAL, HALLAZGOS TOTAL RECUPERADO<br>1 RADIOLOGÍA 58 $ 4.495.200<br>2 RADIOLOGÍA TAC 45 $ 31.036.260<br>3 TERAPIA FISICA 2 $ 882.000<br>4 TERAPIA RESPIRATORIA 1 $ 60.900<br>5 LABORATORIO CLÍNICO 52 $ 1.487.600<br>6 CARDIOLOGÍA 0 0<br>7 MÉDICO URGENCIAS 30 $ 4.471.496<br>8 MEDICO HOSPITALIZACION 241 $ 33.416.865<br>9 ENFERMERIA 155 $ 8.382.072<br>10 FARMACIA 1 $ 648.700<br>11 FACTURACION 28 $ 9.708.050<br>12 NUTRICION 3 $ 84.600<br>13 FONOADIOLOGIA 0 0<br>14 CLINICA DE HERIDAS 2 0<br>TOTAL, RECUPERADO 618 $ 94.673.743<br>SOCIALIZACION:<br>1. Se socializa las novedades encontradas con los lideres de cada una de | 30/12/2025 | CONSOLIDADO NOVEDADES PRESENTADAS DURANTE LA VIGENCIA MES DE NOVIEMBRE – DICIEMBRE<br>SEGUIMIENTO<br>CONSECUTIVO SERVICIO TOTAL, HALLAZGOS TOTAL RECUPERADO<br>1 RADIOLOGÍA 37 $ 3.411.100<br>2 RADIOLOGÍA TAC 26 $ 18.496.200<br>3 TERAPIA FISICA 0 $ 0<br>4 TERAPIA RESPIRATORIA 0 $ 0<br>5 LABORATORIO CLÍNICO 31 $ 999.700<br>6 CARDIOLOGÍA 1 $ 491.000<br>7 MÉDICO URGENCIAS 21 $ 1.875.973<br>8 MEDICO HOSPITALIZACION 109 $ 24.493.756<br>9 ENFERMERIA 135 $ 6.531.838<br>10 FARMACIA 1 $ 648.700<br>11 FACTURACION 3 $ 2.610.000<br>12 NUTRICION 2 $ 186.200<br>13 FONOADIOLOGIA 0 $ 0<br>14 CLINICA DE HERIDAS 0 $ 0<br>TOTAL, RECUPERADO 366 $ 59.744.467<br>Total, hallazgos 366 valor recuperado $ 59.744.467<br>Total, realizados 314 valor. $ 46.945.967<br>Total, no realizados 52 Valor $ 12.798.500 |
| 34 | 2 | AUDITORIA DE ADHERENCIA A DILIGENCIAMIENTO A HISTORIAS CLÍNICAS | AUDITORIA CONCURRENTE | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | Se realiza informe trimestral de soportes y registros de historia clínica de enfermería los caules se evidenciaron hallazgos los cuales están reportados en el informe con TOTAL 300 historias clínicas 4.500 items los cuales 3911 bien diligenciados y 589 no óptimos para un reporte de 87% aceptable se inform a coordinación de enfermería para continuar con acciones de mejora que disminuyan los hallazgos y logren un resultado optimo 100 %.<br>se deben enviar el plan de mejora .<br>CONSOLIDADO ENERO - FEBRERO - MARZO 2025<br>SERVICIO TOTAL, HISOTRIAS CLINICAS TOTAL, ITEMS EVALUADOS TOTAL, CUMPLE TOTAL, NO CUMPLE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO<br>PEDIATRIA, URGENCIAS PEDIATRICAS 45 675 612 63 91%<br>MEIDICINA INTERNA 45 675 622 53 92%<br>GINECOLOGIA 45 675 615 60 91%<br>URGENCIAS ADULTO 45 675 530 145 79%<br>QUIRURGICAS 45 675 592 83 88%<br>PENSIONADO 45 675 571 104 85%<br>UCI 30 450 369 81 82% | 30/06/2025 | Se realiza socialización frente a las novedades presentadas en auditoría de concurrencia que se evidencias en objeciones por parte de las EPS como compromiso se continuara con los seguimientos correspondientes para un cumplimiento al 100 % esto con el fin de mejorar y disminuir los hallazgos presentados | 30/09/2025 | Se realizan reuniones con las areas que presentaron novedades en la descripción y calidad del dato los cuales se socializa y se crean compromisos area de dermatología , oftalmología , ginecologia escala de alerta temprana unidad de cuidados intensivo 5 piso donde se generan acciones de mejora para disminuir los hallazgos presentados y un cumplimiento mayor 95 % - Se realizan reuniones con las areas que presentaron novedades en la descripción y calidad del dato los cuales se socializa y se crean compromisos area de dermatología , oftalmología gastroenterología , Terapia respiratoria otorrinolaringología donde se generan acciones de mejora para disminuir los hallazgos presentados y un cumplimiento mayor 95 % | 30/12/2025 | Se realiza seguimiento a novedades presentadas en procesos asistenciales del servicio de GASTROENTEROLOGIA donde se socializan los hallazgos presentados se realizan compromisos como acciones de mejora para un cumplimiento 100 % y evitar eventos adversos. se realiza acta de compromiso y mesa de trabajo - se realiza seguimiento a novedades presentadas en procesos asistenciales del servicio de UCI 5 PISO donde se socializan los hallazgos presentados se realizan compromisos como acciones de mejora para un cumplimiento 100 % y evitar eventos adversos. se realiza acta de compromiso y mesa de trabajo |
| 35 | 1 | AUDITORIA DE ADHERENCIA A DILIGENCIAMIENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO | AUDITORIA CONCURRENTE | DIARIO | 30/03/2025 | Se realiza revisión de consentimiento informado del mes de MARZO se supervisaron 6420 consentimientos informados de las areas de urgencias , hospitalización, consulta externa los cuales 6300 correctamente diligenciados y no cumple 120 CUMPLIMIENTO 97% se realiza socialización al todas las areas para implementar acciones de mejora y obtener un cumplimiento optimo 100 %<br>DILIGENCIMIENTO CONSENTIMIENTO INFORMADO MES DE MARZO 2025<br>Evaluación 27 especialidades con seguimiento mensual, porcentaje cumplimiento general del 97 %según criterios de cumplimiento OPTIMO<br>DILIGENCIAMIENTO:<br>Resultados OPTIMO 27 áreas corresponden al 100% del total evaluado, 27 áreas algunas con resultados con 97 %OPTIMO<br>Total, ítems evaluados total cumple 3925 porcentaje de cumplimiento general 97% Criterio OPTIMO.<br>1.2 EVALUACION DE COMPRENSION<br>Se tiene en cuenta la evaluación con el usuario corresponde a un 96 %<br>Evaluación 27 especialidades con seguimiento mensual, se dio continuidad al proceso de comprensión a 27 especialidades que corresponden al 97 % porcentaje de cumplimiento general del 96 %según criterios de cumplimiento ACEPTABLE | 30/06/2025 | DILIGENCIAMIENTO:<br>Resultados OPTIMO 29 áreas corresponden al 100% del total evaluado, 29 áreas algunas con resultados con 98 %OPTIMO<br>Total, ítems evaluados 4828 total cumple 4736 porcentaje de cumplimiento general 98% Criterio OPTIMO.<br>1.2 EVALUACION DE COMPRENSION<br>Se tiene en cuenta la evaluación con el usuario corresponde a un 97 %<br>CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO MES MAYO 2025<br>MES DE MAYO PORCENTAJE DILIGENCIAMIENTO % DE CUMPLIMIENTO PARA DILIGENCIAMIENTO COMPRENSION % DE CUMPLIMIENTO PARA COMPRENSION<br>OPTIMO 95% A 100% 26 98% 1100% 97%<br>ACEPTABLE 85%A 95% 2<br>DEFICIENTE MENOR A 85% 1<br>SIN EVALUAR<br>TOTAL, EVALUADOS 29 98% 1100 97%<br>Evaluación 29 especialidades con seguimiento mensual, se dio continuidad al proceso de comprensión a 29 especialidades que corresponden al 97 % porcentaje de cumplimiento general del 97 %según criterios de cumplimiento OPTIMO | 30/09/2025 | Se realiza revisión de consentimiento informado del mes de AGOSTO 2025 con los siguientes hallazgos<br>DILIGENCIMIENTO CONSENTIMIENTO INFORMADO MES DE AGOSTO 2025<br>Evaluación 28 especialidades con seguimiento mensual, porcentaje cumplimiento general del 99 %según criterios de cumplimiento OPTIMO<br>Se evaluaron en el mes de agosto 6450 consentimientos los cuales solo cumplieron 6200 para un porcentaje 96%<br>DILIGENCIAMIENTO:<br>Resultados OPTIMO 28 áreas corresponden al 100% del total evaluado, 28 áreas algunas con resultados con 99 %OPTIMO<br>Total, ítems evaluados 4709 total cumple 4656 porcentaje de cumplimiento general 99 % Criterio OPTIMO.<br>1.2 EVALUACION DE COMPRENSION<br>Se tiene en cuenta la evaluación con el usuario corresponde a un 86 %<br>CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO MES AGOSTO 2025<br>MES DE AGOSTO PORCENTAJE DILIGENCIAMIENTO % DE | 30/12/2025 | Se realiza revisión de consentimiento informado del mes de DICIEMBRE 2025 con los siguientes hallazgos<br>DILIGENCIMIENTO CONSENTIMIENTO INFORMADO MES DE DICIEMBRE 2025<br>Evaluación 29 especialidades con seguimiento mensual, porcentaje cumplimiento general del 98 %según criterios de cumplimiento OPTIMO<br>Se evaluaron en el mes de diciembre 4914 consentimientos los cuales solo cumplieron 4847 para un porcentaje 98%<br>se verifican 4914 consentimientos informados de las areas de hospitalización urgencias y consulta externa donde solo 4847 estaban bien diligenciados se realizan acciones de mejora frente a las especialidades con hallazgos para que se disminuya y se cumpla con el procedimiento a un potentate 100 %<br>DILIGENCIAMIENTO:<br>Resultados OPTIMO 29 áreas corresponden al 100% del total evaluado, 29 áreas algunas con resultados con 98 %OPTIMO<br>Total, ítems evaluados 4914 total cumple 4847 porcentaje de cumplimiento general 98 % Criterio OPTIMO.<br>COMPRENSION:<br>Total, ítems evaluados,1000 no aplicados 3 especialidades ítems, cumple 1000 porcentaje de cumplimiento general 93 % criterio |
| 36 | 1 | Capacitar el talento humano en los protocolos de eventos de interés de salud publica. | Sivigila y epidemiologia | Bimensual | 30/03/2025 | SOCIALIZACION DE PERFIL DE EPIDEMIOLOGICA AÑO 2023, PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y PROTOCOLOS DE EISP INS, 24 DE ENERO DE 2025, AL PERSONAL MEDICO DE LA UCI.<br>DESDE EL AREA DE EPIDEMIOLOGIA SE REALIZO DOS JORNADAS PRESENCIAL Y VIRUAL DE LA SOCIALIZACION DE PROTOCOLO DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA ( MME), MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA, Y MORTALIDAD MATERNA DEL INS, DIRIGIDA AL PERSONAL MEDICO DE LOS SERVICIOS DE UREGENCIAS GINECOLOGICAS, HOSPITALIZACION GINECOLOGICAS DE LA ESE HSRRF, CON EL EQUIPO DE EPIDEMIOLOGIA Y REFERENTE DEL PROGRAMA DE MATERNIDAD SEGURA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL. ADJUNTO ACTA DE REUNION. FECHA 06 DE MARZO DE 2025.<br>SE REALIZA ACTUALIZACION DE PROCEDIMIENTO SIVIGILA, CARGADO EN ADMERA. SE SOCIALIZA PROCEDIMIENTO SIVIGILA Y PROTOCOLOS DE EVENTOS DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES. PRIMER NIVEL DE ATENCION A LOS MEDICOS ESE HSRF. FECHA 12 DE MARZO DE 2025.<br>SOCIALIZACION DE INDUCCION AL PERSONAL MEDICO EN TEMAS COMO RUAF, PROTOCOLOS DE EISP PERFIL EPIDEMIOLOGICO, NOTIFICACION SPA, CONDUCTA SUICIDA. ENERO, FEBRERO Y MARZO DE 2025.<br>SOCIALIZACION DE PROTOCOLO DE VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR, IDENCIACION SUICIDA, CONDUCTA SUICIDA, CONSUMO DE SPA DEL INS INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, DIRIGIDO A LOS PSICOLOGOS Y TRABAJO SOCIAL, 27 DE MARZO DE 2025 | 30/06/2025 | SOCIALIZACION DE SISTEMA DE VIGILANCIA SALUD LABORAL ( ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD LABORAL), CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR 056 DE 2024, Y PROTOCOLO DE ATRE ANIMAL POTENCIALMENTE TRANSMISOR DE RABIA. ADJUNTO ACTA Y RELACION DE ASISTENCIA DE MANERA VIRTUAL CON EL PERSONAL MEDICO DE URGENCIAS ESE HSRF<br>MESA DE TRABAJO SOBRE LA NOTIFICACION POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD LABORAL TRABAJO INFORMAL ATENDIDOS POR URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA DE LA ESE HSRF Y SOLICITUD DE LA HC EN RELACION A LOS DATOS COMPLETOS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS Y DOS TELEFONOS, PARA EL SEGUIMIENTOS DE LOS EVENTOS DE SALUD PUBLICA, FECHA 08 DE ABRIL DE 21025 PRENCENCIAL OFICINA EPIDEMIOLOGIA.<br>CAPACITACION DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL DE LA ESE HSR ADJUNTO CIRCULAR ETV.<br>MESA DE TRABAJO SOBRE LA CONSTRUCCION Y ACTUALIZACION DE PERFIL EPIDEMIOLOGICO REGION SALUD SUR AÑO 2024, CON EL HOSPITAL DE ARBELAEZ Y SILVANIA. 09 DE ABRIL DE 2025. DE MANERA VIRTUAL.<br>MESA DE TRABAJO DE ACCIONES DE LA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA, VACUNACION. Y ACCIONES DE PREVENCION EN LA TRANSMISION DE FIEBRE AMARILLA. 24 DE ABRIL DE 2025. ADJUNTO FIRMAS. | 30/09/2025 | SOCIALIZACION SOBRE PROCEDIMIENTO DE SIVIGILA, CODIGICACION DE EVENTOS DE SALUD PUBLICA. 10 DE JULIO DE 2025.<br>SOCIALIZACION DE PROTOCOLO DE BROTE PIES, MANOS Y BOCA AL PERSONAL MEDICO DE LA ESE HSR. 10 DE JULIO DE 2025.<br>PLAN DE MEJORAMIENTO POR LA NOTIFICACION INOPORTUNA. 10 DE JULIO DE 2025<br>DOCUMENTO DE PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA REGION SALUD SUR. APROBADO Y PUBLICADO EN ADMERA. ADJUNTO PANTALLAZO DE APROBACION<br>SOCIALIZACION DE PLAN DE CAPACITACION DE NUTRICION CON LA SEC DE SALUD DEL DEPARTAMENTO. DEL 24 DE JUNIO AL 11 DE NOVIEMBRE DE 2025. ADJUNTO CORREO DE SOCIALIZAVCION.<br>SOCIALIZACION DE PROTOCOLOS DE EVENTOS DE INTERES DE SALUD PUBLICA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DEL INS, PROCEDIMIENTO DE RUAF, Y PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA INSTITUCION Y DE LA REGION SALUD SUR AÑO 2024. FECHA 04 DE JULIO DE 2025, 11 DE JULIO DE 2025 Y 17 DE JULIO DE 2025. ADJUNTO ACTAS DE REUNION.<br>SOCIALIZACION DE PROTOCOLO DE ENFERMEDADES HUERFANAS, EAPB FAMISANAR. 22 DE JULIO DE 2025. ADJUNTO PRESENTACION. | 30/12/2025 | SOCIALIZACION DE PROTOCOLOS EN ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, MES DE OCTUBRE DE 2025. ACTA, FIRMAS DE ASISTENCIA.<br>SOCIALIZACION DE PROTOCOLO DE DESNUTRICION AGUDA MODERADA Y SEGUMIENTO DE MIDAS, 23 DE OCTUBRE DE 2025, ADJUNTO ACTA Y FIRMAS DE ASISTENCIA.<br>SOCIALIZACION DE RUTA DE ATENCIÓN DE LOS PACIENTE ATENDIDOS POR URGENCIAS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD LABORAL POBLACION INFORMAL DEL MES DE OCTUBRE DE 2025. ADJUNTO ACTA Y FIRMAS.<br>SOCIALIZACION DE EVENTOS DE NO ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. PEDIATRIA. ADJUNTO ACTA Y FIRMAS<br>ASISTENCIA TÉCNICA DEL PROTOCOLO DE LEPTOSPIROSIS CON SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL, FECHA 28 DE OCTUBRE DE 2025. ADJUNTO EVIDENCIAS DE LA ASISTENCIA<br>PLAN DE MEJORAMIENTO POR INOPORTUNIDAD EN LA NOTIFICACIÓN DEL SIVIGILA. 29 DE OCTUBRE DE 2025.<br>ASISTENCIA COMITÉ DE ESTADÍSTICAS VITALES DEPARTAMENTAL. 29 DE OCTUBRE DE 2025<br>PARTICIPAR COMITE DE DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA MUNICIPAL Y |
| 36 | 2 | Seguimiento de Matriz institucional de la búsqueda activa de eventos no identificados en la institución. | Epidemiologia | Mensual | 30/03/2025 | SE REALIZA BUSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y TRANSMISIBLES REPORTADAS EN PLATAFORMA 4.0 A LA SEC DE SALUD MUNICOPAL ADJUNTO SOPORTES ENERO,FEBRERO Y MARZO DE 2025. | 30/06/2025 | SE REALIZA BUSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y TRANSMISIBLES REPORTADAS EN PLATAFORMA 4.0 A LA SEC DE SALUD MUNICOPAL ADJUNTO SOPORTES ABRIL, MAYO Y JUNIO DE 2025. | 30/09/2025 | SE REALIZA BUSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y TRANSMISIBLES REPORTADAS EN PLATAFORMA 4.0 A LA SEC DE SALUD MUNICOPAL ADJUNTO SOPORTES JULIO, AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 2025. | 30/12/2025 | FSE REALIZA BUSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y TRANSMISIBLES REPORTADAS EN PLATAFORMA 4.0 A LA SEC DE SALUD MUNICOPAL ADJUNTO SOPORTES OCTUBRE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2025. |
| 36 | 3 | Notificación a través del SIVIGILA eventos no identificados en la institución | EPIDEMIOLOGIA | Cada que se detecte un evento no notificado. | 30/03/2025 | NOTIFICACION DE EVENTOS DE SALUD PUBLICA PLATAFORMA 4.0<br>DENGUE 292<br>AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA 116<br>VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR 56<br>MORBILIDAD MATERNA EXTREMA 28<br>TUBERCULOSIS 14<br>INTENTO DE SUICIDIO 13<br>VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA 10<br>INTOXICACIONES 9<br>VARICELA INDIVIDUAL 9<br>SIFILIS GESTACIONAL 8<br>CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO 8<br>DEFECTOS CONGENITOS 7<br>PAROTIDITIS 7<br>DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS 6<br>INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADAS A PROCEDIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO 6<br>DENGUE GRAVE 2<br>ACCIDENTE OFIDICO 2<br>IAD - INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS - INDIVIDUAL 2<br>HEPATITIS A 1<br>HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA 1<br>MENINGITIS BACTERIANA Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA 1<br>LEPTOSPIROSIS 1 | 30/06/2025 | REPORTE DE EVENTOS DE INTERES DE SALUD PUBLICA ENERO A JUNIO DE 2025<br>EVENTOS DE SALUD PUBLICA. ENERO A JUNIO DE 2025<br>Etiquetas de fila NUMERO<br>DENGUE 410<br>AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA 226<br>VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR 124<br>MORBILIDAD MATERNA EXTREMA 53<br>INTENTO DE SUICIDIO 34<br>VARICELA INDIVIDUAL 29<br>TUBERCULOSIS 26<br>INTOXICACIONES 21<br>SIFILIS GESTACIONAL 17<br>VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA 15<br>CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO 13<br>DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS 12<br>PAROTIDITIS 12<br>DEFECTOS CONGENITOS 11<br>INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA 11<br>INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADAS A PROCEDIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO 10<br>IAD - INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS - INDIVIDUAL 8<br>HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA 6<br>DENGUE GRAVE 2 | 30/09/2025 | REPORTE DE EVENTOS DE SALUD PUBLICA. MES DE JULIO, AGOSTO Y SEPTIEMBR EDE 2025.<br>EVENTOS DE INTERES DE SALUD PUBLICA AGOSTO DE 2025<br>EVENTO NUMERO<br>AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA 59<br>DENGUE 15<br>VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR 11<br>DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS 10<br>VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA 7<br>VARICELA INDIVIDUAL 5<br>MORBILIDAD MATERNA EXTREMA 5<br>TUBERCULOSIS 4<br>DEFECTOS CONGENITOS 4<br>INTENTO DE SUICIDIO 4<br>INTOXICACIONES 4<br>INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADAS A PROCEDIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO 3<br>SIFILIS GESTACIONAL 2<br>ACCIDENTES POR OTROS ANIMALES VENENOSOS 2<br>MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA 2<br>HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA 1<br>CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS 1<br>EVENTO INDIVIDUAL SIN ESTABLECER 1<br>LEPTOSPIROSIS 1 | 30/12/2025 | FREPORTE DE EVENTOS DE INTERES DE SALUD PUBLICA, ENERO A DICIEMBRE DE 2025<br>EVENTOS NUMERO<br>DENGUE 518<br>AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA 507<br>VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR 258<br>MORBILIDAD MATERNA EXTREMA 93<br>INTENTO DE SUICIDIO 65<br>DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS 59<br>TUBERCULOSIS 44<br>VARICELA INDIVIDUAL 43<br>INTOXICACIONES 43<br>SIFILIS GESTACIONAL 35<br>VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA 30<br>DEFECTOS CONGENITOS 29<br>CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO 19<br>PAROTIDITIS 17<br>IAD - INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS - INDIVIDUAL 17<br>INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADAS A PROCEDIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO 17<br>ACCIDENTES POR OTROS ANIMALES VENENOSOS 16<br>INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA 11<br>HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA 10 |
| 36 | 4 | Retroalimentación con los médicos que presentaron novedad de incumplimiento | EPIDEMIOLOGIA | Cuando se presente la novedad | 30/03/2025 | SE RELIZA RETROALIMENTACION DE EVENTOS DE SALUD QUE PRESENTAN INOPORTUNIDAD AL LIDER DEL PROCESO EN RELACION EN LA NOTIFICACION PLATAFORMA SIVIGILA 4.0<br>ADJUNTA BASE DE RETROALIMENTACION Y NOTIFICACION DE EVENTOS DE SALUD PUBLICA DEL MES ENERO, FEBRERO Y MARZO DE 2025 | 30/06/2025 | SE RELIZA RETROALIMENTACION DE EVENTOS DE SALUD QUE PRESENTAN INOPORTUNIDAD AL LIDER DEL PROCESO EN RELACION EN LA NOTIFICACION PLATAFORMA SIVIGILA 4.0<br>ADJUNTA BASE DE RETROALIMENTACION Y NOTIFICACION DE EVENTOS DE SALUD PUBLICA ENERO A JUNIO DE 2025<br>INOPORUNIDAD DE NOTIFICACION DE EVENTOS EN SALUD PUBLICA ENERO A JUNIO DE 2025<br>AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA 7<br>CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO 12<br>DEFECTOS CONGENITOS 11<br>DENGUE 1<br>HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA 3<br>IAD - INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS - INDIVIDUAL 4<br>INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADAS A PROCEDIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO 4<br>INTENTO DE SUICIDIO 1<br>INTOXICACIONES 4<br>LEPTOSPIROSIS 1<br>MORBILIDAD MATERNA EXTREMA 3<br>PAROTIDITIS 7<br>SIFILIS GESTACIONAL 2<br>TUBERCULOSIS 1 | 30/09/2025 | SE RELIZA RETROALIMENTACION DE EVENTOS DE SALUD QUE PRESENTAN INOPORTUNIDAD AL LIDER DEL PROCESO EN RELACION EN LA NOTIFICACION PLATAFORMA SIVIGILA 4.0<br>ADJUNTA BASE DE RETROALIMENTACION Y NOTIFICACION DE EVENTOS DE SALUD PUBLICA ENERO A SEPTIEMBRE DE 2025. ADJUNTO BASE<br>EVENTO DE INTERES DE SALUD PUBLICA NUMERO<br>AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA 18<br>VIH / SIDA 16<br>DEFECTOS CONGENITOS 15<br>INTOXICACION POR SUSTANCIAS QUIMICAS 14<br>CANCER MAMA Y CUELLO UTERINO 13<br>VARICELA 11<br>PAROTIDITIS 8<br>ENDOMETRITIS PUERPERAL 6<br>VIOLENCIA DE GENERO E INTRAFAMILIAR 6<br>HEPATITIS B Y C 5<br>INFECCION ASOCIADA A DISPOSITIVO 5<br>MORBILIDAD MATERNA EXTREMA 3<br>DESNUTRICION AGUDA MODERADA 2<br>SIFILIS GESTACIONAL 2<br>INTENTO SUICIDIO 1<br>CHAGAS 1<br>MENINGITIS BACTERIANA 1<br>LEPTOSPIROSIS 1 | 30/12/2025 | FSE RELIZA RETROALIMENTACION DE EVENTOS DE SALUD QUE PRESENTAN INOPORTUNIDAD AL LIDER DEL PROCESO EN RELACION EN LA NOTIFICACION PLATAFORMA SIVIGILA 4.0<br>Etiquetas de fila Total general<br>113 4<br>155 13<br>205 3<br>210 1<br>215 16<br>300 19<br>340 5<br>352 7<br>356 1<br>357 7<br>365 14<br>455 2<br>535 1<br>549 3<br>620 10<br>740 1<br>750 3<br>813 1<br>831 14<br>850 16<br>875 9<br>150 |

Hospital San Rafael de Fusagasugá
"Hospital humano, hospital comprometido"

Código y Versión
PL-FT-12 V03
Página

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

**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. | | | | | | | | | | | | | | **PLAN DE ACCION:** se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia. | | | 1 TRIMESTRE | | 2 TRIMESTRE | | 3 TRIMESTRE | | 4 TRIMESTRE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | ATRIBUTOS | | | | | | | | | | | | | | | SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025 | |
| 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 | TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
| 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 BIOMEDICOS E INSUMOS | Daño al paciente | USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 80% | 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<br>QUIEN: REFERENTE DE TECNOVIGILANCIA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: LISTAS DE CHEQUEO RF-BI-FT-29 Y RF-BI-FT-30 | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 80% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | Vigilancia activa de equipos biomédicos | Referente de tecnovigilancia | MENSUAL | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre se aplicó la lista de chequeo de vigilancia activa a los equipos biomédicos que fueron priorizados para la vigencia 2025, donde se cumplieron 878 criterios de 917 criterios evaluados para un cumplimiento del 95,74% | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre se aplicó la lista de chequeo de vigilancia activa a los equipos biomédicos que fueron priorizados para la vigencia 2025, donde se cumplieron 787 criterios de 869 criterios evaluados para un cumplimiento del 90,56% | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre se aplicó la lista de chequeo de vigilancia activa a los equipos biomédicos que fueron priorizados para la vigencia 2025, donde se cumplieron 851 criterios de 901 criterios evaluados para un cumplimiento del 94,45% | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre se aplicó la lista de chequeo de vigilancia activa a los equipos biomédicos que fueron priorizados para la vigencia 2025, donde se cumplieron 804 criterios de 825 criterios evaluados para un cumplimiento del 97,45% |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | SEGUIMIENTO A NOVEDADES DE SEGURIDAD REPORTADAS POR EQUIPOS BIOMÉDICOS E INSUMOS<br>QUIEN: REFERENTE DE TECNOVIGILANCIA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA :MATRIZ DE REPORTES DE NOVEDADES DE SEGURIDAD | CORRECTIVO 10% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 25% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | | | seguimiento a novedades de seguridad reportadas por equipos biomédicos e insumos | Referente de tecnovigilancia | MENSUAL | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre de la vigencia 2025 se reportaron 10 novedades de seguridad relacionadas con dispositivos médicos, 8 novedades están relacionadas con equipos biomédicos y 2 con insumos médicos. | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre de la vigencia 2025 se reportaron 23 novedades de seguridad relacionadas con dispositivos médicos, 1 novedad está relacionada con equipos biomédicos y 22 con insumos médicos. | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de la vigencia 2025 se reportaron 10 novedades de seguridad relacionadas con insumos médico | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025 se reportaron 5 novedades de seguridad relacionadas con dispositivos médicos, 2 novedades están relacionadas con equipos biomédicos y 3 con insumos médicos. |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS A LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS<br>QUIEN: INGENIEROS BIOMÉDICOS<br>PERIODICIDAD: SEDE CENTRAL TRIMESTRAL. PUESTOS DE SALUD Y AMBULANCIAS CUATRIMESTRAL<br>COMO: DE ACUERDO A PROTOCOLOS DE MANTENIMIENTO ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE<br>PARA QUE: MANTENER Y PROLONGAR LA VIDA ÚTIL DEL EQUIPO<br>EVIDENCIA: REPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | | | mantenimientos preventivos a los equipos biomédicos | Ingenieros biomédicos | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | Durante el primer trismestre se ejecutaron 1517 mantenmientos preventivos dando cumplimiento al cronograma de mantenimiento y de acuerdo a los protocolos establecidos por fabricante, se adjunta informes de ejecución donde se informa las novedades de las actividades ejecutadas | 30/06/2025 | Durante el mes de junio se ejecutaron 405 mantenmientos preventivos dando cumplimiento al cronograma de mantenimiento y de acuerdo a los protocolos establecidos por fabricante, se adjunta informe de ejecución donde se informa las novedades de las actividades ejecutadas | 30/09/2025 | Durante el mes de septiembre se ejecutaron 426 mantenmientos preventivos dando cumplimiento al cronograma de mantenimiento y de acuerdo a los protocolos establecidos por fabricante, se adjunta informe de ejecución donde se informa las novedades de las actividades ejecutadas | 30/12/2025 | Durante el cuarto trismestre se ejecutaron 1290 mantenmientos preventivos dando cumplimiento al cronograma de mantenimiento y de acuerdo a los protocolos establecidos por fabricante, se adjunta informes de ejecución donde se informa las novedades de las actividades ejecutadas |
| | | | | | | | | | | | | | | 4 | CAPACITACIONES EN EL USO DE LA TECNOLOGÍA BIOMÉDICA<br>QUIEN: FERED<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: INFORME Y LISTA DE ASISTENCIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | | | capacitaciones en el uso de la tecnología biomédica | FERED | MENSUAL | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre se dió cumplimiento a cronograma de capacitaciones, donde se contempló las temáticas de Generalidades biomédicas, electrobisturí, camas hospitalarias y desfibriladores, adicionalmente se realizón socialización de electrocardiografo a puesto de salud de Pasca por solicitud del servicio. Se adjuntan actas de capacitación con análisis de adherencial del personal asistencial a las capacitaciones | 30/06/2025 | Durante el mes de junio se realizó capacitación del uso seguro de la tecnología en equipos de consulta externa a puestos de salud y vacunación, se realizó medición de adherencia, se adjunta acta con detalle de socialización | 30/09/2025 | Durante el mes de septiembre se realizó capacitación del uso seguro de la tecnología básculas, se realizó medición de adherencia, se adjunta acta con detalle de socialización | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre se dió cumplimiento a cronograma de capacitaciones, donde se contempló las temáticas de uso seguro de la tecnología: máquinas de anestesia, monitor fetal e incubadoras neontales. Se adjuntan actas de capacitación con análisis de adherencial del personal asistencial a las capacitaciones |
| | | | | | | | | | | | | | | 5 | BUSQUEDA ACTIVA DE EQUIPOS REPORTADOS POR MAL USO Y NOTIFICADOS A SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO NOVEDAD DE SEGURIDAD.<br>QUIEN: REFERENTE DE TECNOVIGILANCIA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE REPORTES DE NOVEDADES DE SEGURIDAD | CORRECTIVO 10% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 25% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 45% | MODERADO | | | Búsqueda activa de equipos reportados por mal uso y notificados a seguridad del paciente como novedad de seguridad. | Referente de tecnovigilancia | MENSUAL | 30/03/2025 | Durante el 1er trimestre se realizó búsqueda activa de 8 dispositivos médicos reportados y notificados a seguridad del paciente como novedad de seguridad. | 30/06/2025 | Durante el 2do trimestre se realizó búsqueda activa de 1 dispositivo médico reportado y notificado a seguridad del paciente como novedad de seguridad. | 30/09/2025 | Durante el 3er trimestre no se reportaron dispositivos médicos a seguridad del paciente. | 30/12/2025 | Durante el 4to trimestre se realizó búsqueda activa de 2 dispositivos médicos reportados y notificados a seguridad del paciente como novedad de seguridad. |
| 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 BIOMEDICOS | Daño al paciente | USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | SEGUIMIENTO A REPORTES DE ALERTAS SANITARIAS DEL INVIMA<br>QUIEN: REFERENTE DE TECNOVIGILANCIA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: PANTALLAZO DEL REPORTE DE ALERTAS SANITARIAS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | seguimiento a reportes de alertas sanitarias del INVIMA | Referente de tecnovigilancia | MENSUAL | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre se revisaron 122 alertas sanitarias e informes de seguridad, ninguna alerta sanitaria aplicó para los dispositivos médicos de la institución. Sin embargo, se identificaron 2 informes de seguridad como medida preventiva para tensiómetros Welch Allyn modelo DS44 y monitores de signos vitales Drager modelo Vista 120S. | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre se revisaron 66 alertas sanitarias e informes de seguridad, ninguna alerta sanitaria aplicó para los dispositivos médicos de la institución. | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre se revisaron 82 alertas sanitarias e informes de seguridad, ninguna alerta sanitaria aplicó para los dispositivos médicos de la institución | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre se revisaron 78 alertas sanitarias e informes de seguridad, ninguna alerta sanitaria aplicó para los dispositivos médicos de la institución. |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | REPORTE INSTITUCIONAL EN CASO DE QUE ALGUNA ALERTA SANITARIA APLIQUE PARA LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS DE LA INSTITUCIÓN<br>QUIEN: REFERENTE DE TECNOVIGILANCIA<br>PERIODICIDAD: CUANDO LA ALERTA SANITARIA APLIQUE PARA LOS EQUIPOS DE LA INSTITUCIÓN<br>EVIDENCIA: NOTIFICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO A LAS PARTES INVOLUCRADAS | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 42% | MEDIA | 60% | MODERADO | | | reporte institucional en caso de que alguna alerta sanitaria aplique para los equipos biomédicos de la institución | Referente de tecnovigilancia | Cuando la alerta sanitaria aplique para los equipos de la institución | 30/03/2025 | Miércoles, 09 Abril 2025 / Heidy Paola Rubiano Sánchez - (Referente del programa de tecnovigilancia)<br>Durante el primer trimestre se revisaron 122 alertas sanitarias e informes de seguridad, ninguna alerta sanitaria aplicó para los dispositivos médicos de la institución. Sin embargo, se identificaron 2 informes de seguridad como medida preventiva para tensiómetros Welch Allyn modelo DS44 y monitores de signos vitales Drager modelo Vista 120S. | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre se revisaron 66 alertas sanitarias e informes de seguridad, ninguna alerta sanitaria aplicó para los dispositivos médicos de la institución. | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre se revisaron 82 alertas sanitarias e informes de seguridad, ninguna alerta sanitaria aplicó para los dispositivos médicos de la institución. | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre se revisaron 78 alertas sanitarias e informes de seguridad, ninguna alerta sanitaria aplicó para los dispositivos médicos de la institución. |
| 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 TECNOLOGIA QUE NO CUMPLA CON LAS ESPECIFICACIONES Y CONDICIONES REQUERIDAS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO | Detrimento Patrimonial Incremento en los costos Riesgos para la seguridad del paciente | USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | REVISIÓN DE ESPECIFICIONES TECNICA D ELOS EQUIPOS DE LOS ESTUDIOS PREVIOS PARA LA ADQUISIÓN DE EQUIPOS<br>QUIEN: REFERENTE DEL PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA<br>PERIODICIDAD: CADA VEZ QUE SE ADQUIERE UN EQUIPO<br>EVIDENCIA: SOPORTE DE REVISIÓN DE ESPECIFICACIONES TECNICAS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | REVISIÓN DE ESPECIFICIONES TECNICA D ELOS EQUIPOS DE LOS ESTUDIOS PREVIOS PARA LA ADQUISIÓN DE EQUIPOS | REFERENTE DEL PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA | CADA VEZ QUE SE ADQUIERE UN EQUIPO | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre de la vigencia 2025 no se revisaron especificaciones técnicas para la adquisición de equipos biomédicos, por tanto, no se adjunta evidencia | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre de la vigencia 2025 se recepcionaron equipos biomédicos nuevos, se verificaron especificaciones técnicas de equipos biomédicos en estudios previos para suministro de dispositivos médicos requeridos para la prestación y el desarrollo de las actividades; compra de electrobistury; compra de centrifugas y compra de equipos biomédicos para puesto de slaud de Pasca - PIC | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de la vigencia 2025 se recepcionaron equipos biomédicos nuevos, se verificaron especificaciones técnicas de equipos biomédicos en estudios previos de compra de termohigrometros y electrobistury | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025 se recepcionaron equipos biomédicos nuevos, se verificaron especificaciones técnicas de equipos biomédicos de estudios previos para suministro de dispositivos médicos requeridos para la prestación y el desarrollo de las actividades y compra de equipo de odontológico |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | RECEPCIÓN TECNICA DE EQUIPOS MEDIANTE EL ACOMPAÑAMIENTO DE INGENIERO BIOMEDICO O INGENIERO DE SISTEMAS<br>PERIODICIDAD: CADA VEZ QUE LLEGA TECNOLOGIA<br>EVIDENCIA: FORMATO RF- AF-FT-05 FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTOS PARA INGRESO DE EQUIPOS BIOMEDICOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | | | RECEPCIÓN TECNICA DE EQUIPOS MEDIANTE EL ACOMPAÑAMIENTO DE INGENIERO BIOMEDICO O INGENIERO DE SISTEMAS | NGENIERO BIOMEDICO O INGENIERO DE SISTEMAS | CADA VEZ QUE LLEGA TECNOLOGIA | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre de la vigencia 2025 no se recepcionaron equipos biomédicos nuevos, por tanto, no se adjunta evidencia. | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre de la vigencia 2025 se recepcionaron equipos biomédicos nuevos, se verificaron especificaciones técnicas de equipos biomédicos en estudios previos para suministro de dispositivos médicos requeridos para la prestación y el desarrollo de las actividades; compra de electrobistury; compra de centrifugas y compra de equipos biomédicos para puesto de slaud de Pasca - PIC | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de la vigencia 2025 se recepcionaron equipos biomédicos nuevos, se verificaron especificaciones técnicas de equipos biomédicos en estudios previos de compra de termohigrometros y electrobistury. | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025 se recepcionaron equipos biomédicos nuevos, se verificaron especificaciones técnicas de equipos biomédicos de estudios previos para suministro de dispositivos médicos requeridos para la prestación y el desarrollo de las actividades y compra de equipo de odontológico. |
| 40 | ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD /ODONTOLOGÍA | REPUTACIONAL | FALTA DE COMPETENCIAS ACTITUDINALES Y APTITUDINALES DEL TALENTO HUMANO | NO ADHERENCIA POR PARTE DEL TALENTO HUMANO AL MANUAL BIOSEGURIDAD, POGRAMA 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 | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | SOCIALIZACION AL EQUIPO DE ODONTOLOGÍA SOBRE LA GESTIÓN DOCUMENTAL DEL SERVICIO ENFOCADA A PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA Y DESINFECIÓN<br>PERIODICIDAD: ANUAL<br>EVIDENCIA: CTA, PRESENTACIÓN, LISTADO DE ASISTENCIA Y POSTEST | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | REALIZAR SOCIALIZACIONES Y MEDICIÓN DE ADHERENCIA AL EQUIPO DE ODONTOLOGÍA SOBRE LA GESTIÓN DOCUMENTAL DEL SERVICIO | REFERENTE DE ODONTOLOGÍA | ANUAL | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/06/2025 | SE ANEXA SOCIALIZACION DE ESTRATEGIA MULTIMODAL DE LAVADO DE MANOS AL EQUIPO DE ODONTOLOGIA, A CARGO DE A JEFE CARMEN GUERRERO, DONDE SE EVIDENCIA LA ADHERENCIA LA PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS POR PARTE DEL PÉRSONAL DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/12/2025 | SE ANEXA ACTA DEL MES DE AGOSTO, DONDE SE INDICA EL INGRESO DE PLATAFORMA MOODLE PARA LA MEDICION DE LA ADHERENCIA EN GPC Y PROTOCOLOS DE MANEJO DE PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGIA Y CIRUGIA MAXILOFACIAL |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | APLICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO DE BIOSEGURIDAD EN ODONTOLOGIA<br>EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO APLICADA<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | | APLICACIÓN LISTAS DE CHEQUEO DE BIOSEGURIDAD EN ODONTOLOGIA | REFERENTE DE ODONTOLOGÍA | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | SE REALIZA APLICACION DE LISTAS DE CHEQUEO CON EL FIN DE VERIFICAR NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGIA, REALIZANDO ESTA APLICACION EN LOS PUESTOS DE SALUD DE PASCA PARA EL MES DE ENERO Y TIBACUY EN EL MES DE FEBRERO, DONDE SE EVIDENCIA ADHERENCIA Y CUMPLIMIENTO CON 93% PARA PS PASCA, 100% PARA EL PS DE TIBACUY. | 30/06/2025 | SE REALIZA APLICACION DELISTAS DE CHEQUEO PARA LOS PUESTOS DE SALUD DE OBRERO Y CUMACA EN EL MES DE ABRIL Y PUESTO DE SALUD DE VENTA MES DE MAYO, DONDE SE OBSERVA EL 100% DE PUNTAJE EN LOS DIFRENTES CRITERIOS EVALUADOS, CON UNA ADECUADA ADHERENCIA | 30/09/2025 | APLICACION DE LISTAS DE CHEQUEO PUESTO DE SALUD PROGRES, CHINAUTA Y PASCA EN LOS SERVICIOS DE ODONTOLGIA, DONDE SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL TALENTO HUMANO PROFESIONAL Y AUXILIAR | 30/12/2025 | APLICACION DE LISTAS DE CHEQUEO PUESTO DE SALUD CUMACA Y NOVILLERO EN LOS SERVICIOS DE ODONTOLGIA, DONDE SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL TALENTO HUMANO PROFESIONAL Y AUXILIAR, DANDO CUMPLIMIENTO AL 100% DE SEGUIMIENTO A LOS DIFERENTES PUESTOS DE SALUD |
| 41 | ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD /ODONTOLOGÍA | REPUTACIONAL | FALTA DE COMPETENCIAS ACTITUDINALES Y APTITUDINALES DEL TALENTO HUMANO | NO ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO. | POSIBILIDAD DE REINGRESO, COMPLICACIÓN O EVENTO ADVERSO TRAS LA ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA EN LA ESE | AFECTACIÓN EN LA SALUD DEL PACIENTE QUE PUEDE SER TRANSITORIA O DEFINITIVA | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | 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 ODONTOLOGÍA<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE REPORTE<br>PERIODICIDAD: MENSUAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | 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 ODONTOLOGÍA | REFERENTE DE ODONTOLOGÍA | MENSUAL | 30/03/2025 | PARA EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2025, NO SE REPORTARON REINGRESOS, COMPLICACIONES O EVENTOS ADVERSON EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGIA | 30/06/2025 | PARA EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL 2025, NO SE REPORTARON REINGRESOS, COMPLICACIONES O EVENTOS ADVERSOS EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGIA | 30/09/2025 | PARA EL TERCER TRIMESTRE DE 2025, SE REGISTRARO 2 REINGRESO AL SERVICIO DE ODONTOLOGIA, POR MOTIVO DE DESALOJO DE OBTURACION, SE MANTIENE UN RESULTADO OPTIMO DEL INDICADOR | 30/12/2025 | DE ACUERDO AL SEGUIMIENTO DEL CUARTO TRIMESTRE SE EVIDENCIA UN RESULTADO OPTIMO AL SEGUIMIENTO, YA QUE NO SE MATERIALIZA EL RIESGO AL NO INDENTIFICARSE COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD. |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | SOCIALIZACIÓN Y MEDICIÓN DE ADHERENCIA DE LOS PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA<br>EVIDENCIA: ACTA, PRESENTACIÓN Y LISTADO DE ASISTENCIA<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | | SOCIALIZACIÓN Y MEDICIÓN DE ADHERENCIA DE LOS PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN POR EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA | REFERENTE DE ODONTOLOGÍA | SEMESTRAL | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/06/2025 | SE ANEXA SOCIALIZACION DE ESTRATEGIA MULTIMODAL DE LAVADO DE MANOS AL EQUIPO DE ODONTOLOGIA, A CARGO DE A JEFE CARMEN GUERRERO, DONDE SE EVIDENCIA LA ADHERENCIA LA PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS POR PARTE DEL PÉRSONAL DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/12/2025 | SE ANEXA ACTA DEL MES DE AGOSTO, DONDE SE INDICA EL INGRESO DE PLATAFORMA MOODLE PARA LA MEDICION DE LA ADHERENCIA EN GPC Y PROTOCOLOS DE MANEJO DE PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGIA Y CIRUGIA MAXILOFACIAL |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | AUDITORIA DE HISTORIA CLINICA DONDE SE EVALUA ADHERENCIA A LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS Y DEMÁS DOCUMENTOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DE ODONTOLOGÍA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: INFORME DE AUDITORIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | | AUDITORIA DE ADHERENCIA A LOS DIFERENTES PROCEDIMIENTOS Y DEMÁS DOCUMENTOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DE ODONTOLOGÍA | REFERENTE DE ODONTOLOGÍA | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | SE REALIZA AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS, VERIFICANDO LA INFORMACION SUMINISTRADA Y LA RESPECTIVA CONCILIACION MEDICAMENTOS APLICADA PARA UNA FORMULACION ADECIADA, CON UN PORCENTAJE PROMEDIO DE ADHERENCIA DEL 85% | 30/06/2025 | SE REALIZA AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS, VERIFICANDO LA INFORMACION SUMINISTRADA Y LA RESPECTIVA CONCILIACION MEDICAMENTOS APLICADA PARA UNA FORMULACION , CON UN PORCENTAJE PROMEDIO DE ADHERENCIA DEL 87% | 30/09/2025 | SE REALIZA AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS PARA EL TECER TRIMESTRE, DANDO CUMPLIMIENTO A LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS DE MEDICION DONDE SE IDENTIFICA UN AUMENTO AL 95% DE ADHERENCIA, SE ANEXA MATRIZ PARA TAL FIN | 30/12/2025 | SE REALIZA AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS PARA EL CUARTO TRIMESTRE, DANDO CUMPLIMIENTO A LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS DE MEDICION DONDE SE MANTIENE 95% DE ADHERENCIA, SE ANEXA MATRIZ DE LOS MESES CONTEMPLADOS |
| 42 | ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD /ODONTOLOGÍA | 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 | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | SEGUIMIENTO A LA TERMINACIÓN DE TRATAMIENTOS<br>EVIDENCIA: FICHA DEL INDICADOR<br>PERIORICIDAD: MENSUAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | SEGUIMIENTO A LA TERMINACIÓN DE TRATAMIENTOS | REFERENTE DE ODONTOLOGÍA | MENSUAL | 30/03/2025 | SE ANEXA FICHA DEL INDICADOR DONDE SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO PARA EL MES DE ENRO Y MARZO, MAS POR EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA NO CUMPLIMIENTO, TENIENDO EN CUENTA QUE SE REPORTARON MULTIPLES FALLAS EN EQUIPOS BIOMENDICOS Y ADICIONALMENTE UN MES CORTO | 30/06/2025 | SE ANEXA FICHA DEL INDICADOR DONDE SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO PARA LOS MESES ABRIL, MAYO, JUNIO, CON UN CUMPLIMIENTO OPTIMO | 30/09/2025 | SE REALIZA SEGUIMIENTO MENSUAL AL INDICADOR DE TRATAMIENTOS, PARA EL TERCER TRIMESTRE SE ALCABNA UN CUMPLIMIENTO OPTIMO EN PROMEDIO DE LOS MESES EVALUADOS. | 30/12/2025 | SE MANTIENTE PARA EL CUARTO TRIMESTRE UN CUMPLIMIENTO OPTIMO DEL INDICADOR, MANTENIENDOSE SUS RESULTADOS MAYOR A LA META INSTITUCIONAL A LA META PROPUESTA |
| 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 PRACTICA 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 | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS EMITIDAS, A TRAVÉS DE INFORME DE SISTEMAS REALIZADO<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>QUIEN: REFERENTE DE PROGRAMA DE CRÓNICOS<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ORDENES MEDICAS VS. ESTADÍSTICA DE LABORATORIO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE ÓRDENES MÉDICAS EMITIDAS, A TRAVÉS DE INFORME DE SISTEMAS REALIZADO | REFERENTE PROGRAMA DE CRÓNICOS | MENSUAL | 30/03/2025 | SE REALIZA SEGUIMIENTO A LAS ORDENES MEDICAS EMITIDAS POR MEDICO GENERAL DE MANERA MENSUAL PARA POSTERIOR DEMANDA INDUCIDA POR PARTE DE AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DEL PROGRAMA PARA TOMA DE LOS MISMOS. | 30/06/2025 | DESDE EL PROGRAMA CRÓNICO, SE HA IMPLEMENTADO UNA NUEVA ESTRATEGIA PARA OPTIMIZAR EL SEGUIMIENTO A LAS ÓRDENES MÉDICAS GENERADAS POR LOS MÉDICOS GENERALES. MENSUALMENTE, SE CARGA ESTA INFORMACIÓN EN UN DRIVE COMPARTIDO. ESTE SISTEMA FACILITA QUE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DEL PROGRAMA REALICEN UN PROCESO DE DEMANDA INDUCIDA, ASEGURANDO QUE LOS PACIENTES ACCEDAN A LA TOMA DE SUS ÓRDENES DE MANERA OPORTUNA | 30/09/2025 | DESDE EL PROGRAMA CRÓNICO, SE HA IMPLEMENTADO UNA NUEVA ESTRATEGIA PARA OPTIMIZAR EL SEGUIMIENTO A LAS ÓRDENES MÉDICAS GENERADAS POR LOS MÉDICOS GENERALES. MENSUALMENTE, SE CARGA ESTA INFORMACIÓN EN UN DRIVE COMPARTIDO. ESTE SISTEMA FACILITA QUE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DEL PROGRAMA REALICEN UN PROCESO DE DEMANDA INDUCIDA, ASEGURANDO QUE LOS PACIENTES ACCEDAN A LA TOMA DE SUS ÓRDENES DE MANERA OPORTUNA. | 30/12/2025 | DESDE EL PROGRAMA CRÓNICO, SE HA IMPLEMENTADO UNA NUEVA ESTRATEGIA PARA OPTIMIZAR EL SEGUIMIENTO A LAS ÓRDENES MÉDICAS GENERADAS POR LOS MÉDICOS GENERALES. MENSUALMENTE, SE CARGA ESTA INFORMACIÓN EN UN DRIVE COMPARTIDO. ESTE SISTEMA FACILITA QUE LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DEL PROGRAMA REALICEN UN PROCESO DE DEMANDA INDUCIDA, ASEGURANDO QUE LOS PACIENTES ACCEDAN A LA TOMA DE SUS ÓRDENES DE MANERA OPORTUNA. |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | SEGUIMIENTO A ESTADÍSTICA DE LABORATORIOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE CRÓNICOS<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>QUIEN: REFERENTE PROGRAMA DE CRÓNICOS<br>EVIDENCIA: BASE DE CRÓNICOS GENERAL<br>DESVIACIÓN DEL CONTROL: NO ADHERENCIA A LA TOMA DE LABORATORIOS ORDENADOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | | SEGUIMIENTO A ESTADÍSTICA DE LABORATORIOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE CRÓNICOS | REFERENTE PROGRAMA DE CRÓNICOS | MENSUAL | 30/03/2025 | POR PARTE DEL PROGRAMA CRONICO SE RALIZA EL CARGUE Y ACTUALIZACION DE REPORTE Y FECHA DE TOMA DE LABORATORIOS DE MANERA MENSUAL, DE LOS PACIENTES INSCRITOS EN BASE DE DATOS DEL PROGRAMA Y POSTERIORMENTE SE RETROALIMENTA A LAS EPS MEDIANTE LAS DIFERENTES PLATAFORMAS EN CONJUNTO CON SISTEMAS DE INFORMACION. | 30/06/2025 | POR PARTE DEL PROGRAMA CRONICO SE RALIZA EL CARGUE Y ACTUALIZACION DE REPORTE Y FECHA DE TOMA DE LABORATORIOS DE MANERA MENSUAL, DE LOS PACIENTES INSCRITOS EN BASE DE DATOS DEL PROGRAMA Y POSTERIORMENTE SE RETROALIMENTA A LAS EPS MEDIANTE LAS DIFERENTES PLATAFORMAS EN CONJUNTO CON SISTEMAS DE INFORMACION. | 30/09/2025 | POR PARTE DEL PROGRAMA CRONICO SE RALIZA EL CARGUE Y ACTUALIZACION DE REPORTE Y FECHA DE TOMA DE LABORATORIOS DE MANERA MENSUAL, DE LOS PACIENTES INSCRITOS EN BASE DE DATOS DEL PROGRAMA Y POSTERIORMENTE SE RETROALIMENTA A LAS EPS MEDIANTE LAS DIFERENTES PLATAFORMAS EN CONJUNTO CON SISTEMAS DE INFORMACION. | 30/12/2025 | FPOR PARTE DEL PROGRAMA CRONICO SE REALIZA EL CARGUE Y ACTUALIZACION DE REPORTE Y FECHA DE TOMA DE LABORATORIOS DE MANERA MENSUAL, DE LOS PACIENTES INSCRITOS EN BASE DE DATOS DEL PROGRAMA Y POSTERIOR RETROALIMENTACION A LAS EPS MEDIANTE LAS PLATAFORMAS EN CONJUNTO CON SISTEMAS DE INFORMACION. |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | DEMANDA INDUCIDA DE PACIENTES INASISTENTES AL PROGRAMA DE CRÓNICOS PERIODICIDAD: MENSUAL<br>QUIEN: PROGRAMA DE CRÓNICOS<br>EVIDENCIA: DRIVE DEMANDA INDUCIDA PROGRAMA CRONICOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | | DEMANDA INDUCIDA DE PACIENTES INASISTENTES AL PROGRAMA DE CRÓNICOS | REFERENTE PROGRAMA DE CRÓNICOS | MENSUAL | 30/03/2025 | SE REALIZA SEGUIMIENTO A PACIENTES INASITENTES, NO PROGRAMADOS O CANCELADAS SUS CONSULTAS MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN DRIVE EL CUAL SE DEBE DILIGENCIAR DE MANERA SEMANAL PARA ASI GARANTIZAR EL AGENDAMIENTO DEL 100 % DE ESTA POBLACION. | 30/06/2025 | DESDE PROGRAMA CRONICO SE REALIZA SEGUIMIENTO A PACIENTES INASISTENTES POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACION DE UN DRIVE QUE ES ALIMENTADA DIARIAMENTE POR AXILIARES ADMINISTRATIVOS CON EL FIN DE GARANTIZAR AL 100% EL AGENDAMIENTO DE CITAS. | 30/09/2025 | DESDE PROGRAMA CRONICO SE REALIZA SEGUIMIENTO A PACIENTES INASISTENTES POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACION DE UN DRIVE QUE ES ALIMENTADA DIARIAMENTE POR AXILIARES ADMINISTRATIVOS CON EL FIN DE GARANTIZAR AL 100% EL AGENDAMIENTO DE CITAS. | 30/12/2025 | DESDE PROGRAMA CRONICO SE REALIZA SEGUIMIENTO A PACIENTES INASISTENTES POR MEDIO DE LA IMPLEMENTACION DE UN DRIVE QUE ES ALIMENTADA DIARIAMENTE POR AXILIARES ADMINISTRATIVOS CON EL FIN DE GARANTIZAR AL 100% EL AGENDAMIENTO DE CITAS. |
| 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 PATOLOGIA | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | AUDITORIAS DE HISTORIA CLÍNICA DEL PROGRAMA DE CRÓNICOS CON RETROALIMENTACION EN REUNION DE PRIMER NIVEL<br>QUIEN: REFERENTE PROGRAMA DE CRÓNICOS<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: INFORME DE AUDITORIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | AUDITORIAS DE HISTORIA CLÍNICA DEL PROGRAMA DE CRÓNICOS | REFERENTE PROGRAMA DE CRÓNICOS | MENSUAL | 30/03/2025 | SE REALIZA AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTE CRONICO DE MANERA MENSUAL Y SE RETROALIMENTA A PERSONAL MEDICO DE HALLAZGOS ENCONTRADOS. | 30/06/2025 | SE REALIZA AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTE CRONICO DE MANERA MENSUAL Y SE RETROALIMENTA A PERSONAL MEDICO DE HALLAZGOS ENCONTRADOS | 30/09/2025 | SE REALIZA AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS DE PACIENTE CRONICO DE MANERA MENSUAL Y SE RETROALIMENTA A PERSONAL MEDICO DE HALLAZGOS ENCONTRADOS. | 30/12/2025 | SE REALIZA AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS MES VENCIDO CON POSTERIOR RETROALIMENTACION A PERSONAL MEDICO DE LOS 12 PUESTOS DE SALUD. |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | CAPACITACIÓN EN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA A MÉDICOS CON MEDICIÓN DE ADHERENCIA<br>QUIEN: REFERENTE PROGRAMA DE CRÓNICOS<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA:ACTA DE-CAPACITACIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | | CAPACITACIÓN EN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA A MÉDICOS CON MEDICIÓN DE ADHERENCIA | REFERENTE PROGRAMA DE CRÓNICOS | MENSUAL | 30/03/2025 | SE REALIZA DOS VESCES AL AÑO POR CRONOGRAMA. ESTA PARA EL DIA 09 DE ABRIL PRIMERA SOCIALIZACION DE LAS GPC DE HTA DM Y PARA EL MES DE MAYO EL ALGORITMO PARA ERC.<br>QUEDANDO PENDIENTE LA DEL SEGUNDO SEMESTR | 30/06/2025 | Las capacitaciones sobre Guías de Práctica Clínica (GPC) se realizan dos veces al año.<br>Durante el segundo trimestre, específicamente el 9 de abril, se llevó a cabo la socialización de las GPC de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. Esta capacitación tuvo lugar en la macroreunión programada para esa fecha | 30/09/2025 | Capacitacion en GPC dirigida a medicos se realiza dos veces al año, para la segunda socializacion se realizo en el mes de septiembre mediante la plataforma MODDLE del curso (guia de practica clinica cardiologia medicina interna). De igual menera se llevara acabo una nueva socializacion presencial en la macroreunion del mes de octubre. | 30/12/2025 | La capacitacion en guias de practica clinica a medicos con medicion de adherencia, se programo dos veces al año siendo estas realizadas en el mes de abril y septiembre, como registra en cargues previos de la plataforma almera. |
| 45 | ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD /PROGRAMA CÁNCER | 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 | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | CAPACITACIONES SOBRE PROCEDIMIENTO DE TOMA DE CITOLOGÍA Y RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA A ENFERMERAS DE PUESTO DE SALUD A CARGO.<br>QUIEN: REFERENTE DE PROGRAMA CÁNCER Y PATOLOGÍA<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACTAS DE CAPACITACIONES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | REALIZAR CAPACITACIONES SOBRE PROCEDIMIENTO DE TOMA DE CITOLOGÍA Y RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA A ENFERMERAS DE PUESTO DE SALUD A CARGO. | REFERENTE DE PROGRAMA CÁNCER Y PATOLOGÍA | SEMESTRAL | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/06/2025 | Se realiza capacitación a Enfermeras Profesionales el dia 23 de mayo sobre procedimiento en toma de citologías y transporte y remisión de citologías cervicouterinas | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/12/2025 | Se realiza capacitación a Enfermeras Profesionales el dia 12 de Diciembre sobre procedimiento en toma de citologías con Apoyo de la Dra Isabel Almonacid |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | SEGUIMIENTO A LA CALIDAD DE LAS MUESTRAS REPORTADAS POR PATOLOGÍA<br>QUIEN: REFERENTE DE PROGRAMA DE CÁNCER<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: INFORME CONTROL DE CALIDAD DE LAS MUESTRAS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | | REALIZAR SEGUIMIENTO A LA CALIDAD DE LAS MUESTRAS REPORTADAS POR PATOLOGÍA | REFERENTE DE PROGRAMA CÁNCER | MENSUAL | 30/03/2025 | SE REALIZA CARGUE DE LA CALIDAD DE LA MUESTRA DE LOS MESES DE ENERO, FEBREO DE LOS MUNICIPIOS DE FUSAGSUGA,PASCA Y TIBACUY | 30/06/2025 | SE REALIZA CARGUE DE LA CALIDAD DE LA MUESTRA DE LOS MESES DE ABRIL, MAYO Y JUNIO DE LOS MUNICIPIOS DE FUSAGSUGA,PASCA Y TIBACUY | 30/09/2025 | SE REALIZA CARGUE DE LA CALIDAD DE LA MUESTRA DE LOS MESES DE JULIO, AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE LOS MUNICIPIOS DE FUSAGSUGA,PASCA Y TIBACUY | 30/12/2025 | SE REALIZA CARGUE DE LA CALIDAD DE LA MUESTRA DE LOS MESES DE OCTUBRE, NOVIEMBRE, DICIEMBRE DE LOS MUNICIPIOS DE FUSAGSUGA,PASCA Y TIBACUY.<br>DURANTE EL TERCER Y CUARTO TRIMESTRE NO SE CUMPLIO CON LA CALIDAD DE LA MUESTRA POR ENCIMA DEL 90% POR LO QUE SE REALIZO CAPACITACION CON APOYO DE LA DRA ISABEL ALMONACID DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL, EN EL MES DE DICIEMBRE SE CARGA ACTA. |
| 46 | ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD /PROGRAMA CÁNCER | REPUTACIONAL | DIFICULTAD PARA CAPTAR AL PACIENTE, INASISTENCIA A CITAS. PACIENTE NO ADHERENTE AL PROGRAMA. FALTA DE CONTINUIDAD EN EL PROCESO POR TERMINACIÓN DE CONTRATOS CON LA EAPB• NO CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO POR FALTA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR PARTE DE LA EAPB. | FALTA DE TAMIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA POBLACIÓN OBJETO POR CADA TIPO DE CÁNCER DEL PROGRAMA | POSIBILIDAD DE DETECCIÓN TARDÍA DE CÁNCER (CÁNCER DE CUELLO UTERINO, CÁNCER DE SENO Y CÁNCER DE PRÓSTATA ) POR FALTA DE TAMIZACIÓN OPORTUNA A POBLACIÓN OBJETO DE LA ESE | RETRASOS O FALLAS EN EL DIAGNOSTICO | RIESGO EN SALUD | PUEDEN ASOCIARSE A VARIOS FACTORES | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | TAMIZACIÓN EN PREVENCIÓN DE CÁNCER A LA POBLACIÓN OBJETO CAPTADA<br>QUIEN: REFERENTE PROGRAMA DE CÁNCER<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA . REGISTROS DE TAMIZACIÓN PROGRAMA CÁNCER EN DINÁMICA GERENCIAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | TAMIZACIÓN EN PREVENCIÓN DE CÁNCER A LA POBLACIÓN OBJETO CAPTADA | REFERENTE PROGRAMA DE CÁNCER | MENSUAL | 30/03/2025 | SE REALIZA CARGUE DE RIPS DE LOS TAMIZAJES REALIZADOS EN LOS MESES DE ENERO Y FEBRERO PENDIENTE MES DE MARZO POR FALTA DE RIPS. | 30/06/2025 | SE REALIZA CARGUE DE RIPS DE SENO, CERVIX, PSA Y COLON DEL MES DE ABRIL ,MAYO PENIENTE JUNIO | 30/09/2025 | se realiza cargue de rips de los mes de Julio, Agosto y septiembre | 30/12/2025 | Se realiza cargue de rips de los meses de octubre, noviembre y diciembre |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | SEGUIMIENTO A RESULTADOS POSITIVOS REPORTADOS POR PATOLOGÍA<br>QUIEN: REFERENTE PROGRAMA DE CÁNCER<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: ACTAS DE SEGUIMIENTO | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 25% | BAJA | 60% | MODERADO | | | SEGUIMIENTO A RESULTADOS POSITIVOS REPORTADOS POR PATOLOGÍA | REFERENTE PROGRAMA DE CÁNCER | MENSUAL | 30/03/2025 | SE REALIZA CARGUE DE LOS RESULTADOS POSITIVOS PARA CCU, PSA, SENO | 30/06/2025 | SE REALIZA CARGUE DE CASOS POSITICOS PARA SENO CERVIX PSA Y COLON DEL MES DE ABRIL MAYO Y JUNIO | 30/09/2025 | SE REALIZA CARGUE DE CASOS POSITICOS PARA SENO CERVIX PSA Y COLON DEL MES DE JULIO, AGOSTO Y SEPTIEMBRE | 30/12/2025 | SE REALIZA CARGUE DE CASOS POSITIVOS PARA SENO CERVIX PSA Y COLON DEL MES DE OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | SEGUIMIENTO A PACIENTES PARA TOMA DE CITOLOGIA CERVICOUTERINA EN EL ESQUEMA 1-1-1<br>QUIEN: REFERENTE PROGRAMA CANCER<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: BASE DE SEGUIMIENTO A TOMA DE CITOLOGIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 15% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | | SEGUIMIENTO A PACIENTES PARA TOMA DE CITOLOGIA CERVICOUTERINA EN EL ESQUEMA 1-1-1 | REFERENTE PROGRAMA DE CÁNCER | MENSUAL | 30/03/2025 | SE REALIZA ENTREGA DE RIPS DEL MES DE ENERO Y FEBRERO PENDIENTE MARZO POR FALTA DE RIPS DE MARZO, SE REALIZA CARGUE DE CITOLOGIAS TOMADAS EN EL ESQUEMA 1-3-3<br>ENERO:200<br>FEBRERO:218 | 30/06/2025 | SE REALIZA CARGUE DE TOMA DE CITOLOGIA DURANTE ABRIL, MAYO Y JUNIO | 30/09/2025 | SE REALIZA CARGUE DE SEGUIMIENTOS JULIO, AGOSTO Y SEPTIEMBRE | 30/12/2025 | SE REALIZA ENTREGA DE RIPS DEL MES OCTUBRE,NOVIEMBRE Y DICIEMBRE 2025 |
| | | | | | | | | | | | | | | 4 | SEGUIMIENTO A PACIENTES PARA TOMA DE EXAMEN CLINICO DE SENO CADA AÑO<br>QUIEN: REFERENTE PROGRAMA CANCER<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: BASE DE SEGUIMIENTO A TOMA DE EXAMEN CLINICO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 9% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | | SEGUIMIENTO A PACIENTES PARA TOMA DE EXAMEN CLINICO DE SENO CADA AÑO | REFERENTE PROGRAMA DE CÁNCER | MENSUAL | 30/03/2025 | SE REALIZA CARGUE DE RIPS DEL MES DE ENERO Y FEBRERO PENDIENTE RIPS DEL MES DE MARZO.<br>ENERO:327<br>FEBRERO:401 | 30/06/2025 | SE REALIZA CARGUE DE BASE DE SEGUIMIENTO A EXAMEN CLINICO DE SENO ABRIL, MAYO Y JUNIO | 30/09/2025 | SE REALIZA CARGUE DE BASE DE SEGUIMIENTO A EXAMEN CLINICO DE SENO JULIO, AGOSTO Y SEPTIEMBRE | 30/12/2025 | SE REALIZA CARGUE DE BASE DE SEGUIMIENTO A EXAMEN CLINICO DE SENO, OCTUBRE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE<br>OCTUBRE SE REALIZO SEGUIMIENTO A LA TOMA DE MAMOGRAFIAS A 245 USUARIAS<br>NOVIEMBRE SE REALIZO SEGUIMIENTO A LA TOMA DE MAMOGRAFIAS A 191 USUARIAS<br>DICIEMBRE SE REALIZO SEGUIMIENTO A LA TOMA DE MAMOGRAFIAS A 163 USUARIAS |

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

**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

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | |
| 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-HIJO | POSIBILIDAD DE MORBILIDAD O MORTALIDAD MATERNA Y/O PERINATAL EN LA ESE | DEMANDAS<br>AFECTACIÓN PSICOLOGICA | RIESGO EN SALUD | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 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<br>AUMENTO DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER TARDÍAS<br>AUMENTO DE LA MORBILIDAD DE LOS USUARIOS | RIESGO EN SALUD | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 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 PÉRDIDA DE CADENA DE FRIO | EXCURSIÓN DE BIOLOGICOS Y PAGO DE LOS MISMOS POR PARTE DE LA IPS | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 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<br>CONSULTA POR URGENCIAS O HOSPITALZIACIÓN | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MAYOR | 80% | ALTA |
| 51 | **ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD / VACUNACIÓN** | REPUTACIONAL | FALTA DE CONOCIMIENTO Y EXPERTICIA DEL TALENTO HUMANO EN CUANTO A TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN Y MANUAL DE BIOSEGURIDAD | ERRORES EN LA TÉCNICA, APLICACIÓN O INDAGACIÓN DE ANTECEDENTES PREVIO A LA ADMINISTRACIÓN DEL INMUNOBIOLOGICO | POSIBILIDAD DE INCUMPLIMIENTO EN LAS METAS ESTABLECIDAS POR PARTE DEL ENTE DEPARTAMENTAL Y TERRITORIAL EN EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN PAI EN MEJRES DE 5 AÑOS | DESARROLLO DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES EN SALUD PUBLICA | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MAYOR | 80% | ALTA |
| 52 | **SALUD PUBLICA / 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<br>RENUNCIAS COSTANTES DEL TALENTO HUMANO | POSIBILIDAD DE INCUMPLIMIENTO DE METAS CONTRACTUALES ESTABLECIDAS DE LOS CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS | DISMINUCIÓN DEL PORCENTAJE DE EJECUCCIÓN DEL CONTRATO | EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS | PROCESO | BAJA | 40% | MODERADO | 60% | MODERADO |

**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 | No CONTROL | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | ATRIBUTOS TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 5 | SEGUIMIENTO A PACIENTES PARA TOMA DE ANTIGENO PROSTATICO CADA AÑO<br>QUIEN: REFERENTE PROGRAMA CANCER<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: BASE DE SEGUIMIENTO A ANTIGENO PROSTATICO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 5% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 47 | 1 | SEGUIMIENTO A CITA PRECONCEPCIONAL A TODA MUJER QUE EXPRESE DESEO DE EMBARAZO EN MENOS DE UN AÑO<br>QUIEN: MÉDICO / ENFERMERA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: BASES DE SEGUIMIENTO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 47 | 2 | CAPACITACIÓN AL TALENTO HUMANO SOBRE LA RIAMP Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA<br>QUIEN: RUTA MATERNA Y COORDINACIÓN GINECOLOGÍA<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACTAS DE CAPACITACIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 47 | 3 | SEGUIMIENTO A GESTANTES CON FACTORES DE RIESGO PARA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA<br>QUIEN: MEDICO, ENFERMERA O AUXILIAR DE APOYO DE RUTA MATERNA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: BASES DE SEGUIMIENTO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 17% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 47 | 4 | CAPTACIÓN OPORTUNA ANTES DE LA SEMANA 12 A GESTANTES QUE SE IDENTIFIQUE EN LAS PRUEBAS REPORTAS POR EL LABORATORIO CLÍNICO<br>QUIEN: RUTA MATERNA<br>PERIODICIDAD: DIARIO<br>EVIDENCIA: BASES DE SEGUIMIENTO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 10% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 47 | 5 | AUDITORIA DE ADHERENCIA A LAS PRINCIPALES GPC Y RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DEL BINOMIO MADRE-HIJO<br>QUIEN: MÉDICO-ENFERMERA RIAMP PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: INFORMES DE AUDITORÍA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 7% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 48 | 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<br>QUIEN: PROFESIONAL DE APOYO DE LA RPMS<br>PERIODICIDAD SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACTAS DE ASISTENCIA Y TEST | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 48 | 2 | AUDITORIAS DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LA RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD<br>QUIEN: PROFESIONAL DE APOYO DE LA RPMS<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: INFORME DE AUDITORÍA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 34% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 48 | 2 | SEGUIMIENTO A LA DEMANDA INDUCIDA EFECTIVA DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL<br>QUIEN: PROFESIONAL DE APOYO DE LA RPMS<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: ACTA Y MATRIZ DE DEMANDA INDUCIDA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 24% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 49 | 1 | SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE LOS REFRIGERADORES<br>QUIEN: PROFESIONAL DE APOYO EN LA COORDINACIÓN<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: SOPORTE DE MANTENIMIENTOS Y ACTAS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 49 | 2 | SEGUIMIENTO AL CODIGO PQS DE LOS REFRIFERADORES<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: CODIGO PQS DE LOS EQUIPOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | | |
| 49 | 3 | SEGUIMIENTO Y REGISTRO DE TEMPERATURA DE LOS REFRIGERADORES<br>QUIEN: AUXILIAR DE ENFERMERÍA<br>PERIODICIDAD: DIARIA<br>EVIDENCIA: REGISTRO DE FORMATO DE TEMPERATURA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 50 | 1 | CAPACITACIÓN AL TALENTO HUMANO SOBRE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN ADVERSO POSTERIOR A LA VACUNACIÓN (EAPV) Y PROCEDIMIENTO DE VACUNACIÓN SEGURA –<br>QUIEN: PROFESIONAL DE APOYO<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL O INGRESO DE PERSONAL DE VACUNACIÓN<br>EVIDENCIA: ACTA , REGISTRO DE ASISTENCIA, POS TEST | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 80% | MAYOR | MODERADO | REDUCIR |
| 50 | 2 | ACTIVACIÓN DE CADENA LLAMADAS EN CASO DE EVENTO ADVERSO POSTERIOR A LA VACUNACIÓN (EAPV).<br>QUIEN: VACUNADOR Y MÉDICO<br>PERIODICIDAD: CADA QUE OCURRA EL EVENTO<br>EVIDENCIA: ACTA | CORRECTIVO 10% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 25% | DOCUMENTADO | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | | |
| 51 | 1 | SEGUIMIENTO A LA COHORTE DE MANERA TELEFONICA- MENSUAL- MATRIZ EN DRIVE DE SEGUIMIENTOS<br>QUIEN: APOYO DE VACUNACIÓN<br>CUANDO: MENSUAL<br>EVIDENCIA: MATRIZ EN DRIVE DE SEGUIMIENTOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 80% | MAYOR | ALTA | REDUCIR |
| 51 | 2 | DEMANDA INDUCIDA PARA ESQUEMA DE VACUNACIÓN PAI EN MEJORES DE 5 AÑOS<br>QUIEN: APOYO DE VACUNACIÓN<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE DEMANDA INDUCIDA CUANDO: MENSUAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 80% | MAYOR | | |
| 51 | 3 | BARRIDOS DE VACUNACIÓN CASA A CASA<br>QUIEN: PERSONAL DE VACUANCIÓN<br>CUANDO: SEGÚN CRONOGRAMA<br>EVIDENCIA: EVIDENCIAS ENTREGADAS POR EL EQUIPO DE VACUNACIÓN, REGISTRO FOTOGRAFICO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 80% | MAYOR | | |
| 51 | 4 | SEGUIMIENTO A MENORES EN JARDINES DEL ICBF – CUANDO: TRIMESTRAL<br>QUIEN: PERSONAL DE VACUNACIÓN<br>EVIDENCIA: REGISTRO FOTOGRAFICO Y ACTA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 13% | MUY BAJA | 80% | MAYOR | | |
| 52 | 1 | SEGUIMIENTO A EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES CON EVIDENCIAS SUMINISTRADAS POR EL PERSONAL DE CAMPO.<br>QUIEN: PROFESIONAL DE APOYO CONTRATOS Y CONVENIOS DE SALUD PUBLICA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: INFORME DE ACTIVIDADES Y CUENTAS DE COBRO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 24% | BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |

**PLAN DE ACCION:** se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia.

| REFERENCIA | No CONTROL | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD |
|---|---|---|---|---|
| | 5 | SEGUIMIENTO A PACIENTES PARA TOMA DE ANTIGENO PROSTATICO CADA AÑO | REFERENTE PROGRAMA DE CÁNCER | MENSUAL |
| 47 | 1 | SEGUIMIENTO A CITA PRECONCEPCIONAL A TODA MUJER QUE EXPRESE DESEO DE EMBARAZO EN MENOS DE UN AÑO | MEDICO / ENFERMERA CONSULTA EXTERNA Y PUESTOS DE SALUD | MENSUAL |
| 47 | 2 | CAPACITACIÓN AL TALENTO HUMANO SOBRE LA RIAMP Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA | RUTA MATERNA Y COORDINACIÓN GINECOLOGÍA | SEMESTRAL |
| 47 | 3 | SEGUIMIENTO A GESTANTES CON FACTORES DE RIESGO PARA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA | MEDICO, ENFERMERA O AUXILIAR DE APOYO DE RUTA MATERNA | MENSUAL |
| 47 | 4 | CAPTACIÓN OPORTUNA ANTES DE LA SEMANA 12 A GESTANTES QUE SE IDENTIFIQUE EN LAS PRUEBAS REPORTAS POR EL LABORATORIO CLÍNICO | RUTA MATERNA | DIARIO |
| 47 | 5 | AUDITORIA DE ADHERENCIA A LAS PRINCIPALES GPC Y RESOLUCIÓN 3280 DE 2018, DERIVADOS DE LA ATENCIÓN DEL BINOMIO MADRE-HIJO | MÉDICO-ENFERMERA RIAMP | MENSUAL |
| 48 | 1 | REALIZAR 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 | REFERENTE DE RUTA MANTENIMIENTO DE LA SALUD | SEMESTRAL |
| 48 | 2 | REALIZAR AUDITORIAS DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LA RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD | REFERENTE DE RUTA MANTENIMIENTO DE LA SALUD | MENSUAL |
| 48 | 2 | SEGUIMIENTO A LA DEMANDA INDUCIDA EFECTIVA DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL | REFERENTE DE RUTA MANTENIMIENTO DE LA SALUD | MENSUAL |
| 49 | 1 | SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE LOS REFRIGERADORES | REFERENTE DE VACUNACIÓN E INGENIERO BIOMÉDICO | MENSUAL |
| 49 | 2 | SEGUIMIENTO AL CODIGO PQS DE LOS REFRIFERADORES | REFERENTE DE VACUNACIÓN E INGENIERO BIOMÉDICO | SEMESTRAL |
| 49 | 3 | SEGUIMIENTO Y REGISTRO DE TEMPERATURA DE LOS REFRIGERADORES | AUXILIAR DE ENFERMERÍA | DIARIO |
| 50 | 1 | CAPACITACIÓN AL TALENTO HUMANO DE VACUNACIÓN SOBRE PROCEDIMIENTO DE EVENTO SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLE A LA VACUNACIÓN Y PROCEDIMIENTO DE VACUNACIÓN | REFERENTE DE VACUNACIÓN | SEMESTRAL |
| 50 | 2 | DISPONIBILIDAD Y USO DEL KIT DE ESAVI EN LOS PUNTOS DE VACUNACIÓN | VACUNADOR Y MEDICO | CUANDO OCURRA EL EVENTO |
| 51 | 1 | SEGUIMIENTO A LA COHORTE DE MANERA TELEFONICA- MENSUAL- MATRIZ EN DRIVE DE SEGUIMIENTOS | APOYO DE VACUNACIÓN | MENSUAL |
| 51 | 2 | DEMANDA INDUCIDA PARA ESQUEMA DE VACUNACIÓN PAI EN MEJORES DE 5 AÑOS | APOYO DE VACUNACIÓN | MENSUAL |
| 51 | 3 | BARRIDOS DE VACUNACIÓN CASA A CASA | APOYO DE VACUNACIÓN | SEGÚN CRONOGRAMA |
| 51 | 4 | SEGUIMIENTO A MENORES EN JARDINES DEL ICB | PERSONAL DE VACUNACIÓN | TRIMESTRAL |
| 52 | 1 | SEGUIMIENTO A EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES CON EVIDENCIAS SUMINISTRADAS POR EL PERSONAL DE CAMPO. | PROFESIONAL DE APOYO CONTRATOS Y CONVENIOS DE SALUD PUBLICA | MENSUAL |

## 1 TRIMESTRE

| REFERENCIA | No CONTROL | SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025 FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|
| | 5 | 30/03/2025 | SE REALIZA CARGUE DE LOS USUARIOS CON TOMA DE PSA EN LOS MESES DE ENERO, FEBRERO Y MARZO |
| 47 | 1 | 30/03/2025 | Para el primer trimestre del año 2025 se realizaron 19 consultas de cita preconcepcional, teniendo un aumento con respecto al año inmediatamente anterior esto dado a las diferentes actividades que se realizan desde la ruta materno perinatal como: en consulta de medicina general los médicos realizan pregunta a las mujeres en edad fértil y la cual queda registrada en la historia clínica, " desea tener una gestación menor a un año" esto con el fin de poder agendar la cita. por párete de los medios de comunicación de la ESE hospital san Rafael de Fusagasugá se despliega el derecho a solicitar la cita preconcepcional. |
| 47 | 2 | 30/03/2025 | Para el primer trimestre del año 2025, se realizaron capacitaciones donde se incluyo temas de la GPC, y la resolución 3280 del 2018 como (IVE) interrupción voluntaria del embarazo y sífilis gestacional y congénita. se realiza postes con el fin de afianzar los conocimientos al talento humano que atiende a todas las gestantes a nivel central y los diferentes puestos de salud. |
| 47 | 3 | 30/03/2025 | Para el primer trimestre se realiza seguimiento a MME mediante vía telefónica con usuarias, con notificación inmediata a EAPBS, y a ente gubernamental en cumplimiento al plan de aceleración de la reducción de la mortalidad materna (PARE). Adicionalmente, se realiza segundo seguimiento para evaluación de bienestar clínico de binomio madre-hijo, y gestión oportuna del riesgo según características individuales. Se anexan evidencias del trabajo descrito. |
| 47 | 4 | 30/03/2025 | Para el primer trimestre del año 2025 el indicador de inicio de control prenatal antes de la semana 10 de gestación tuvo un resultado del 72.41%, teniendo una meta del 85%. Se observa que aumento con respecto al año inmediatamente anterior, se continua con las diferentes estrategias con las que se fortalece la captación temprana institucional, entre estas se encuentra: la socialización y divulgación de un oficio dirigido al talento humano del servicio de ginecología con el fin de que los mismos apoyen la notificación de nuevas gestantes al programa de Ruta Materna, entendida como aquellas usuarias de primera vez que presentes BHCG positivas y/o ecografías transvaginales que evidencien embarazo en curso. Entre otras intervenciones están: continuar el seguimiento por medio del drive que alimenta diariamente el laboratorio de IPS Hospital san Rafael de Fusagasugá. Des de la secretaria de salud nos remiten la base de resultados de las betas de los laboratorios privados, de los cuales han sido efectivas las captacems, cumple 1000 porcentaje de cumplimiento general 93 % criterio |
| 47 | 5 | 30/03/2025 | Para el tercer trimestre del año 2025, se realizo auditoria a las historia clínicas de gestantes. como resulta se tiene u 94.7 de adherencia a las guías practicas clínicas evidenciado que se garantiza la calidad y cumplimiento de los estándares establecidos |
| 48 | 1 | 30/03/2025 | Durante la macroreunión del mes de se realiza la socialazación de la ruta de atención integral de promoción y mantenimiento de la salud a 42 colaboradores de primer nivel de atención con una calificación promedio de 4.65 |
| 48 | 2 | 30/03/2025 | se realiza auditorias de las historias clínicas de ruta de mantenimiento de las historias clínicas realizadas en el mes de enero<br>Se auditaron historias clínicas de los cursos de vida de la Ruta de Atención Integral de promoción y Mantenimiento de la salud con una adherencia a las intervenciones de 97.6 %; (6) historia clínica se encontraron con una adherencia inferior al 90%.<br>CURSO DE VIDA DE PRIMERA INFANCIA<br>Se realizaron 273 consultas de primera infancia por médico, se auditaron 101 Historias Clínicas para una adherencia a las intervenciones por curso de vida de 95.8 %. Se encontraron once (11) historias clínicas con adherencia inferior al 90%.<br>CURSO DE VIDA DE INFANCIA Se realizaron 127 consultas de infancia por médico, se auditaron 62 Historias Clínicas para una adherencia a las intervenciones por curso de vida de 97,8%. Ninguna historia clínica inferior al 90%<br>La principal falencia esta en falta de ocupación, peso y talla al nacer, hemoclasificación, familiograma, gráficas de peso y talla y solicitud de valoración por odontología<br>CURSO DE VIDA ADOLESCENCIA: Total de historias realizadas: 181 total de historias auditadas: 68 historias clínicas para una adherencia del 98.21% ninguna historia clínica con adherencia inferior al 90%.<br>CURSO DE VIDA JUVENTUD: Total de historias realizadas: 180 total de historias auditadas: 53, para una adherencia de 98.2% , ninguna historia clínica se encuentra inferior al 85%.<br>CURSO DE ADULTEZ: Total de historias realizadas 472, se auditan 110 historias clínicas para una adherencia del 99.18%, con 0 historias clínicas |
| 48 | 2 | 30/03/2025 | Se realiza 1195consultas con las diferentes EAPBs en segundo nivel de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá de las cuales fueron efectivas 311 consultas en los diferentes cursos de vida, discriminados de la siguie<br>PROGRAMA Usuarios con demanda inducida Demanda inducida efectiva<br>PRIMERA INFANCIA 101 22<br>INFANCIA 66 16<br>ADOLESCENCIA 210 18<br>JUVENTUD 296 80<br>ADULTEZ 285 78<br>VEJEZ 237 97<br>TOTAL 1195 311 |
| 49 | 1 | 30/03/2025 | SE REALIZA SEGUIMIENTO A CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO, DANDO CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO, SIN NOVEDADES REPORTARDAS DURANTE LOS MISMOS. |
| 49 | 2 | 30/03/2025 | SE REALIZA SEGUIMIENTO A PQS DE REFRIGERADORES EN LOS PUESTOS DE SALUD DE MUNICIPIO DE FUSAGASUGÁ, POR MEDIO DE LISTA DE CHEQUEO DE VERFICACION DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE. |
| 49 | 3 | 30/03/2025 | Se realiza seguimiento de temperaturas mensual el primer trimestre de las sedes abscritas a la E.S.E con servicio de vacunación habilitado, el cual no presenta desviaciones ni excursión de biologicos de acuerdo a los lineamientos del programa amapliado de imunizaciones PAI, conservando la temperatura entre +2 a + 8°C. Se anexa evidencia y soporte de la actividad |
| 50 | 1 | 30/03/2025 | SE REALIZA CAACITCION AL TALENTO HUMANO EN SALUD DE VACUNACIÓN, SOBRE EVENTO ADVERSO POSTERIOR AL VACUNACIÓN Y VACNACIÓN SEURA, PARA GARANTIZAR EL ROCESO DE VACUNACIÓN. |
| 50 | 2 | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre del 2025, no se presentaron Eventos adversos posperior a la vacunación, por lo tanto, no se hizo activación de cadena de llamadas. |
| 51 | 1 | 30/03/2025 | SE REALIZA SEGUIMIENTO LA COHORTE DE MENORES A VACUNAR EN LOS MESES DE ENRO, FEBRERO Y MARZO DEL PRESENTE AÑO, MENORES DE 5 AÑO, PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTALECIDA POR TRAZADORES VIGNCIA 2025 |
| 51 | 2 | 30/03/2025 | SE REALIZA SEGUMIENTO DE MENORES DE 5 AÑOS DE ACUERDO A TRAZADORES SEGUN LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, DICHOS SEGUIMIENTOS SE REALIZARN DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2025. |
| 51 | 3 | 30/03/2025 | SE REALIZAN BARRIIDOS DE VACUNACIÓN DOCUMENTADOS PARA EL PROCESO DE VACUNACIÓN EN AREAS URBNAS DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO DEL MUNICIPIO Y ZONAS VULNERABLES |
| 51 | 4 | 30/03/2025 | LA ACTIVIDAD NO SE REALIZO DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE, TENIENDO EN UENTA NO E TENE AUTORIZACIÓN DE ICBFF PARA DICHO INGRESO YY HACER LA RESPECTIVA REVISIÓN. |
| 52 | 1 | 30/03/2025 | Se realiza seguimiento ejecución de actividades PIC del municipio de Fusagasugá contrato interadministrativo N.2024-0805 (vigencias futuras) con fecha acta de inicio 05 febrero 2025 y fecha de terminación: 19 julio 2025.<br>Plazo ejecución: Cinco (5) meses y Quince (15) días.<br>Valor actividades programadas: $ 1.482.378.750<br>Talento humano contratado: 18/02/2025<br>actividades ejecutadas: 1 entrega (05/02/2025 al 04/03/2025): $ 195.730.000<br>Indicador PAS: Actividades ejecutadas $ 195.730.000 / actividades contratadas $ 1.482.378.750 X 100= 13%<br>2. Se realiza seguimiento ejecución de actividades PIC del municipio de Tibacuy contrato interadministrativo N.002-2025 con fecha acta de inicio 21 Marzo 2025 y fecha de terminación: 31 Diciembre 2025.<br>Plazo ejecución: Diez (10) entregas.<br>Talento humano contratado: 14/04/2025<br>actividades 1 entrega: se encuentra en ejecución |

## 2 TRIMESTRE

| REFERENCIA | No CONTROL | SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025 FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|
| | 5 | 30/06/2025 | SE REALIZA CARGUE DE BASE DE SEGUIMIENTO DE LOS MESES DE ABRIL MAYO Y JUNIO |
| 47 | 1 | 30/06/2025 | Para el segundo trimestre del año 2025 se realizaron 32 consultas de cita preconcepcional, evidenciando un aumento con respecto al trimestre anterior esto gracias a las diferentes actividades que se realizan desde la ruta materno perinatal como: en consulta de medicina general los médicos realizan pregunta a las mujeres en edad fértil y la cual queda registrada en la historia clínica, " desea tener una gestación menor a un año" esto con el fin de poder agendar la cita. por párete de los medios de comunicación de la ESE hospital san Rafael de Fusagasugá se despliega el derecho a solicitar la cita preconcepcional. |
| 47 | 2 | 30/06/2025 | Para el segundo trimestre del año 2025, se realizaron capacitaciones donde se incluyo temas de la GPC, y la resolución 3280 del 2018 como VIH y hemorragia posparto, se realiza postes con el fin de afianzar los conocimientos al talento humano que atiende a todas las gestantes a nivel central y los diferentes puestos de salud. |
| 47 | 3 | 30/06/2025 | Para el segundo trimestre se realiza seguimiento a MME mediante vía telefónica con usuarias, con notificación inmediata a EAPBS, y a ente gubernamental en cumplimiento al plan de aceleración de la reducción de la mortalidad materna (PARE). Adicionalmente, se realiza segundo seguimiento para evaluación de bienestar clínico de binomio madre-hijo, y gestión oportuna del riesgo según características individuales. Se anexan evidencias del trabajo descrito. |
| 47 | 4 | 30/06/2025 | Para el segundo trimestre del año 2025 el indicador de inicio de control prenatal antes de la semana 10 de gestación tuvo un resultado del 82%, teniendo una meta del 85%, se observa un aumento en comparación con el trimestre anterior, gracias a las diferentes estrategias con las que se fortalece la captación temprana institucional, entre estas se encuentra: la socialización y divulgación de un oficio dirigido al talento humano del servicio de ginecología con el fin de que los mismos apoyen la notificación de nuevas gestantes al programa de Ruta Materna, entendida como aquellas usuarias de primera vez que presentes BHCG positivas y/o ecografías transvaginales que evidencien embarazo en curso. Entre otras intervenciones están: continuar el seguimiento por medio del drive que alimenta diariamente el laboratorio de IPS Hospital san Rafael de Fusagasugá. Des de la secretaria de salud nos remiten la base de resultados de las betas de los laboratorios privados, de los cuales han sido efectivas las captaciones siendoem, cumple 1000 porcentaje de cumplimiento general 9 |
| 47 | 5 | 30/06/2025 | Para el segundo trimestre del año 2025, se realizo auditoria a las historia clínicas de gestantes, como resultado se tiene un 95.6% de adherencia a las guías practicas clínicas evidenciado que ha tenido una leve mejoría en comparación con el primer trimestre, garantizando la calidad y cumplimiento de los estándares establecidos. |
| 48 | 1 | 30/06/2025 | para el 6 de mayo se realiza capacitacion a 47 colaboradores de equipos basicos, se realiza evaluacion por LInk |
| 48 | 2 | 30/06/2025 | Se auditaron 613 historias clínicas historias clínicas de los cursos de vida de Atención Integral de promoción y Mantenimiento de la salud con una adherencia a las intervenciones de 98.0 %; se encontraron nueve (9) historia clínica se encontraron con una adherencia inferior al 90%.<br>CURSO DE VIDA DE PRIMERA INFANCIA<br>Se realizaron 149 consultas de primera infancia por médico, se auditaron 108 Historias Clínicas para una adherencia a las intervenciones por curso de vida de 97.1 %. Se encontraron tres (3) historias clínicas con adherencia inferior al 90.<br>CURSO DE VIDA DE INFANCIA<br>Se realizaron 111 consultas de infancia por médico, se auditaron 70 Historias Clínicas para una adherencia a las intervenciones por curso de vida de 99.07%Dos (2) historias clínicas con adherencia inferior al 90%<br>La principal falencia es la no solicitud de valoración por odontologia<br>CURSO DE VIDA ADOLESCENCIA: Total de historias realizadas: 122 total de historias auditadas: 88 historias clínicas para una adherencia del 98.21% dos (2)historias clínicas con adherencia inferior al 90%.<br>CURSO DE VIDA JUVENTUD: Total de historias realizadas: 169 total de historias auditadas: 97, para una adherencia de 98.25% , ninguna historia clínica se encuentra inferior al 85%.<br>CURSO DE ADULTEZ: Total de historias realizadas 370, se auditan 130 historias clínicas para una adherencia del 99.18%, con 0 historias clínicas con adherencia inferior al 90%<br>CURSO DE VIDA VEJEZ: Total de historias realizadas: 405, total de historias auditadas: 120 historias clínicas para una adherencia del 96.8%, |
| 48 | 2 | 30/06/2025 | Durante el mes de mayo se atendieron 1273 de las diferentes EAPBs con las que se tiene contrato en primer nivel de a tención se realizó demanda inducida a 346 usuarios.<br>curso de vida atenciones demanda inducida<br>primer a infancia 148 33<br>infancia 73 20<br>adolescencia 105 25<br>juventud 232 89<br>adultez 348 70<br>vejez 367 109<br>total 1273 346 |
| 49 | 1 | 30/06/2025 | Se realiza seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo, teniendo en cuenta no se presentan desviaciones y establecen necesidades de cambio en las empaquetaduras de los refrigeradores. |
| 49 | 2 | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE |
| 49 | 3 | 30/06/2025 | Se realiza seguimiento de temperaturas mensual de las sedes abscritas a la E.S.E con servicio de vacunación habilitado, el cual no presenta desviaciones ni excursión de biologicos de acuerdo a los lineamientos del programa ampliado de inmunizaciones PAI, conservando la temperatura entre +2 a + 8°C. Se anexa evidencia y soporte de la actividad. |
| 50 | 1 | 30/06/2025 | se realiza socialización a equipos basicos en salud, teniendo en cuenta el apoyo que estos generan ewn territorios al programa Ampliado de Inmunizaciones PAI. |
| 50 | 2 | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre no se presentan eventos posterior a la vacunación EAPV. Evidenciado por no reportes por medio de sivigila o siviflow |
| 51 | 1 | 30/06/2025 | Durante los meses de abril, mayo y junio se realiza seguimiento a la cohorte a menores de 6 meses, 1 año, 18 meses y 5 años, los cuales muestran la efectividad de las canalizaciones.<br>se anexan evidencias |
| 51 | 2 | 30/06/2025 | se realiza seguimiento a la cohorte de los menores de 5 años, con el trazador correspondiente al ministerio de salud y protección social, por lo tanto se establecen actividades necesarias para el desplegue de la información.<br>se anexan bases de datos. |
| 51 | 3 | 30/06/2025 | Se realizaron de acuerdo a los lieamientos del Pprograma Ampliado de Inmunizaciones PAI, con el fin de establecer población obejto de PAI Pendiente por vacunar.<br>Se anexan evidencias de abril, Mayo y Junio del 2025. |
| 51 | 4 | 30/06/2025 | se realiza en el segundo trimesre de acuerdo a la dinamica y permisos por parte del ICBF ademas se establecen las necesidades de completar esquemas de vacunación.<br>se anexa evidencia. |
| 52 | 1 | 30/06/2025 | F1. Se realiza seguimiento ejecución de actividades PIC del municipio de Fusagasugá contrato interadministrativo N.2024-0805 (vigencias futuras) con fecha acta de inicio 05 febrero 2025 y fecha de terminación: 19 julio 2025.<br>Plazo ejecución: Cinco (5) meses y Quince (15) días.<br>Valor actividades programadas: $ 1.482.378.750<br>Talento humano contratado: 18/02/2025<br>actividades ejecutadas: 1 entrega (05/02/2025 al 04/03/2025): $ 195.730.000<br>actividades ejecutadas: 2 entrega (05/03/2025 al 04/04/2025): $ 196.712.500<br>actividades ejecutadas: 3 entrega (05/04/2025 al 04/05/2025): $ 201.495.000<br>Indicador PAS: Actividades ejecutadas $ 593.937.500 / actividades contratadas $ 1.482.378.750 X 100= 40%<br>2. Se realiza seguimiento ejecución de actividades PIC del municipio de Tibacuy contrato interadministrativo N.002-2025 con fecha acta de inicio 21 Marzo 2025 y fecha de terminación: 31 Diciembre 2025.<br>Plazo ejecución: HASTA 31/12/2025<br>Valor actividades programadas: $ 85.100.00<br>Talento humano contratado: 14/04/2025<br>actividades 1 entrega (14/04/25 al 13/05/25): $ 7.313.205<br>actividades 2 entrega (14/05/25 al 06/06/25): $ 8.623.720<br>Indicador PAS: Actividades ejecutadas $ 15.936.925 / actividades |

## 3 TRIMESTRE

| REFERENCIA | No CONTROL | SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025 FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|
| | 5 | 30/09/2025 | SE REALIZA CARGUE DE BASE DE SEGUIMIENTO DE LOS MESES DE JULIO, AGOSTO Y SEPTIEMBRE |
| 47 | 1 | 30/09/2025 | Para el tercer trimestre del año 2025 se realizaron 38 consultas de cita preconcepcional, evidenciando un aumento con respecto al trimestre anterior esto gracias a las diferentes actividades que se realizan desde la ruta materno perinatal como: en consulta de medicina general los médicos realizan pregunta a las mujeres en edad fértil y la cual queda registrada en la historia clínica, " desea tener una gestación menor a un año" esto con el fin de poder agendar la cita. por párete de los medios de comunicación de la ESE hospital san Rafael de Fusagasugá se despliega el derecho a solicitar la cita preconcepcional. |
| 47 | 2 | 30/09/2025 | Para el tercer trimestre del año 2025, se realizaron capacitaciones donde se incluyo temas de la GPC, como sepsis materna, amenaza de parto pretérmino, ley 2244 parto humanizado se realiza postes con el fin de afianzar los conocimientos al talento humano que atiende a todas las gestantes a nivel central y los diferentes puestos de salud. |
| 47 | 3 | 30/09/2025 | Para el tercer trimestre se realiza seguimiento a MME mediante vía telefónica con usuarias, con notificación inmediata a EAPBS, y a ente gubernamental en cumplimiento al plan de aceleración de la reducción de la mortalidad materna (PARE). Adicionalmente, se realiza segundo seguimiento para evaluación de bienestar clínico de binomio madre-hijo, y gestión oportuna del riesgo según características individuales. Se anexan evidencias del trabajo descrito. |
| 47 | 4 | 30/09/2025 | Para el tercer trimestre del año 2025 el indicador de inicio de control prenatal antes de la semana 10 de gestación tuvo un resultado del 84%, teniendo una meta del 85%, se observa un aumento en comparación con el trimestre anterior, gracias a las diferentes estrategias con las que se fortalece la captación temprana institucional, entre estas se encuentra: la socialización y divulgación de un oficio dirigido al talento humano del servicio de ginecología con el fin de que los mismos apoyen la notificación de nuevas gestantes al programa de Ruta Materna, entendida como aquellas usuarias de primera vez que presentes BHCG positivas y/o ecografías transvaginales que evidencien embarazo en curso. Entre otras intervenciones están: continuar el seguimiento por medio del drive que alimenta diariamente el laboratorio de IPS Hospital san Rafael de Fusagasugá. Des de la secretaria de salud nos remiten la base de resultados de las betas de los laboratorios privados, de los cuales han sido efectivas las captaciones siendo ems, cumple 1000 porcentaje de cumplimiento general |
| 47 | 5 | 30/09/2025 | Para el tercer trimestre del año 2025, se realizo auditoria a las historia clínicas de gestantes, como resultado se tiene un 96.1% de adherencia a las guías practicas clínicas evidenciado que ha tenido una leve mejoría en comparación con el primer trimestre, garantizando la calidad y cumplimiento de los estándares establecidos |
| 48 | 1 | 30/09/2025 | EL 22 DE JUNIO SE REALIZA CAPACITACION A EQUIPOS BASICOS EN SALUD |
| 48 | 2 | 30/09/2025 | Se auditaron 605 historias clínicas historias clínicas de los cursos de vida de Atención Integral de promoción y Mantenimiento de la salud con una adherencia a las intervenciones de 97.0%; se encontraron diez (10) historias clínicas con una adherencia inferior al 90%.<br>CURSO DE VIDA DE PRIMERA INFANCIA<br>Se realizaron 284 consultas de primera infancia por médico, se auditaron 133 Historias Clínicas para una adherencia a las intervenciones por curso de vida de 97.2%. Se encontraron catorce (14) historias clínicas con adherencia inferior al 90.<br>CURSO DE INFANCIA: se realizaron 147 historias clínicas de Infancia por médico de las cuales se auditaron 76 historias clínicas para una adherencia del 98.3%, con 2 historias clínicas con adherencia inferior al 90%.<br>CURSO DE VIDA ADOLESCENCIA: Total de historias realizadas: 249 total de historias auditadas: 87 historias clínicas para una adherencia del 98.21%, ninguna historia clínica con adherencia inferior al 90%.<br>CURSO DE VIDA JUVENTUD: Total de historias realizadas: 152 total de historias auditadas: 87 , para una adherencia de 99.44% , ninguna historia clínica se encuentra inferior al 85%.<br>CURSO DE ADULTEZ: Total de historias realizadas 398, se auditan 130 historias clínicas para una adherencia del 96.1%, con cuatro (4) historias clínicas con adherencia inferior al 90%.<br>CURSO DE VIDA VEJEZ: Total de historias realizadas: 298, total de historias auditadas: 112 historias clínicas para una adherencia del 97.25%, 1 historia clínica con adherencia inferior al 90%. |
| 48 | 2 | 30/09/2025 | para el mes de septiembre se Se realiza 1100 consultas con las diferentes EAPBs en segundo nivel de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá de las cuales fueron efectivas 189 consultas en los diferentes cursos de vida, discriminados de la siguiente forma<br>PROGRAMA Usuarios con demanda inducida Demanda inducida efectiva<br>PRIMERA INFANCIA 91 17<br>INFANCIA 58 16<br>ADOLESCENCIA 106 30<br>JUVENTUD 249 30<br>ADULTEZ 291 37<br>VEJEZ 305 59<br>TOTAL 1100 189<br>De los 1100 usuarios a quienes se les realizó consulta en el segundo nivel se captaron de forma efectiva 189 lo que corresponde al 17.3% de captación. |
| 49 | 1 | 30/09/2025 | No se realiza actividad según cronograma |
| 49 | 2 | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE |
| 49 | 3 | 30/09/2025 | Se realiza seguimiento a las temperaturas de los refrigeradores para la conservación de la cadena de frio de los biologicos entre +2 a + 8°C, adicional, se establece el seguimiento mensual sin presentar excursiones de temperatura.<br>se hace anexo de las mismas como cumplimiento a la actividad. |
| 50 | 1 | 30/09/2025 | Se realiza compartido a los equipos basicos de salud, para establecer estrategias en prevención a eventos adversos posteriores a la vacunación y procedimiento de vacunación segura |
| 50 | 2 | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre no se presentaron eventos adversos posterior a la vacunación en los centros y puestos de salud abscritos a la E.S.E Hospital San Rafael de fusagasugá. |
| 51 | 1 | 30/09/2025 | Se realzia seguimiento a la cohorte con oportunidad de mejora para el trimestre en menores de 1 año para tercera dosis de pentavalente, triple viral de 1 año y dpt de 5 años, con el fin de lograr coberturas utiles d vacunación a la población objeto del PAI, se anexan evidencias. |
| 51 | 2 | 30/09/2025 | Se realiza seguimiento a la población objeto menor de 6 años, la cuál establece el esquema de vacunación de acuerdo a los lineamientos del ministerio de salud y protección social.<br>se anexan registros diarios del trimestre |
| 51 | 3 | 30/09/2025 | Se realizan barridos de vacunación casa a casa de acuerdo s los casos probables o sospechosos en salud publica, con acompañamiento de la secretaria de salud municipal. |
| 51 | 4 | 30/09/2025 | Durante el trimestre no se realizó apoyo a revisión de carné de vacunas a menores de 5 años, se tiene planeado para la cuarta semana de octubre y noviembre. |
| 52 | 1 | 30/09/2025 | 1. Se realiza seguimiento ejecución de actividades PIC del municipio de Fusagasugá contrato interadministrativo N.2024-0805 (vigencias futuras) con fecha acta de inicio 05 febrero 2025 y fecha de terminación: 19 julio 2025- PRORROGA HASTA 15/10/2025<br>Plazo ejecución: Cinco (5) meses y Quince (15) días.<br>Valor actividades programadas: $ 1.482.378.750<br>Talento humano contratado: 18/02/2025<br>actividades ejecutadas: 1 entrega (05/02/2025 al 04/03/2025): $ 195.730.000<br>actividades ejecutadas: 2 entrega (05/03/2025 al 04/04/2025): $ 196.712.500<br>actividades ejecutadas: 3 entrega (05/04/2025 al 04/05/2025): $ 201.495.000<br>actividades ejecutadas: 4 entrega (05/05/2025 al 04/06/2025): $ 205.690.000<br>actividades ejecutadas: 5 entrega (05/06/2025 al 04/07/2025): $ 204.177.500<br>actividades ejecutadas: 6 entrega (05/07/2025 al 19/07/2025): $ 205.690.000<br>Indicador PAS: Actividades ejecutadas $ 1.112.946.250 / actividades contratadas $ 1.482.378.750 X 100= 75%<br>2. Se realiza seguimiento ejecución de actividades PIC del municipio de Tibacuy contrato interadministrativo N.002-2025 con fecha acta de inicio 21 Marzo 2025 y fecha de terminación: 31 Diciembre 2025.<br>Plazo ejecución: HASTA 31/12/2025 |

## 4 TRIMESTRE

| REFERENCIA | No CONTROL | SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025 FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|
| | 5 | 30/12/2025 | SE REALIZA CARGUE DE BASE DE SEGUIMIENTO DE LOS MESES DE OCTUBRE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE |
| 47 | 1 | 30/12/2025 | Para el cuarto trimestre del año 2025 se realizaron 16 consultas de cita preconcepcional, evidenciando un aumento con respecto al trimestre anterior esto gracias a las diferentes actividades que se realizan desde la ruta materno perinatal como: en consulta de medicina general los médicos realizan pregunta a las mujeres en edad fértil y la cual queda registrada en la historia clínica, " desea tener una gestación menor a un año" esto con el fin de poder agendar la cita. por párete de los medios de comunicación de la ESE hospital san Rafael de Fusagasugá se despliega el derecho a solicitar la cita preconcepcional. |
| 47 | 2 | 30/12/2025 | Para el cuarto trimestre del año 2025, se realizaron capacitaciones donde se incluyo temas de la GPC, como sepsis materna, amenaza de parto pretérmino, ley 2244 parto humanizado se realiza postes con el fin de afianzar los conocimientos al talento humano que atiende a todas las gestantes a nivel central y los diferentes puestos de salud. |
| 47 | 3 | 30/12/2025 | Para el cuarto trimestre se realiza seguimiento a MME mediante vía telefónica con usuarias, con notificación inmediata a EAPBS, y a ente gubernamental en cumplimiento al plan de aceleración de la reducción de la mortalidad materna (PARE). Adicionalmente, se realiza segundo seguimiento para evaluación de bienestar clínico de binomio madre-hijo, y gestión oportuna del riesgo según características individuales. Se anexan evidencias del trabajo descrito. |
| 47 | 4 | 30/12/2025 | Para el cuarto trimestre del año 2025 el indicador de inicio de control prenatal antes de la semana 10 de gestación tuvo un resultado del 75.2%, teniendo una meta del 85%, se observa una disminución en comparación con el trimestre anterior, a pesar de las diferentes estrategias con las que se fortalece la captación temprana institucional, entre estas se encuentra: la socialización y divulgación de un oficio dirigido al talento humano del servicio de ginecología con el fin de que los mismos apoyen la notificación de nuevas gestantes al programa de Ruta Materna, entendida como aquellas usuarias de primera vez que presentes BHCG positivas y/o ecografías transvaginales que evidencien embarazo en curso. Entre otras intervenciones están: continuar el seguimiento por medio del drive que alimenta diariamente el laboratorio de IPS Hospital san Rafael de Fusagasugá. Des de la secretaria de salud nos remiten la base de resultados de las betas de los laboratorios privados, de los cuales han sido efectivas las captacionesems, cumple 1000 porcentaje de cumplimiento general 93 % cri |
| 47 | 5 | 30/12/2025 | Para el cuarto trimestre del año 2025, se realizo auditoria a las historia clínicas de gestantes, como resultado se tiene un 95.1% de adherencia a las guías practicas clínicas evidenciado que ha tenido una leve mejoría en comparación con el primer trimestre, garantizando la calidad y cumplimiento de los estándares establecidos |
| 48 | 1 | 30/12/2025 | s 14+30, se dio inicio a la jornada de socialización RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUDPOR CURSOS DE VIDA: PRIMERA INFANCIA E INFANCIA, ADOLESCENCIA-JUVENTUD, ADULTEZ Y VEJEZ. |
| 48 | 2 | 30/12/2025 | Para el mes noviembre 437 clínicas historias clínicas de los cursos de vida de Atención Integral de promoción y Mantenimiento de la salud con una adherencia a las intervenciones de 97.5%; se encontraron diez (10) historias clínicas se encontraron con una adherencia inferior al 90%.<br>CURSO DE VIDA DE PRIMERA INFANCIA<br>Se realizaron 314 consultas de primera infancia por médico, se auditaron 103 Historias Clínicas para una adherencia a las intervenciones por curso de vida de 98.27%. Se encontraron cuatro (4) historias clínicas con adherencia inferior al 90.<br>CURSO DE INFANCIA: se realizaron 184 historias clínicas de Infancia por médico de las cuales se auditaron 70 historias clínicas para una adherencia del 98.33%, con 3 historias clínicas con adherencia inferior al 90%<br>CURSO DE VIDA ADOLESCENCIA: Total de historias realizadas: 167 total de historias auditadas: 55 historias clínicas para una adherencia del 98.21%, ninguna historia clínica con adherencia inferior al 90%.<br>CURSO DE VIDA JUVENTUD: Total de historias realizadas: 78 total de historias auditadas: 48 , para una adherencia de 98.3% , ninguna historia clínica se encuentra inferior al 85%.<br>CURSO DE ADULTEZ: Total de historias realizadas 249, se auditan 114 historias clínicas para una adherencia del 99.18%, con 0 historias clínicas con adherencia inferior al 90%<br>CURSO DE VIDA VEJEZ: Total de historias realizadas: 241, total de historias auditadas: 95 historias clínicas para una adherencia del 96.4%, 3 historia clínica con adherencia inferior al 90%. |
| 48 | 2 | 30/12/2025 | En el mes de noviembre se realizaron 1213 consultas a usuarios de las EAPB que tiene contrato con primer nivel de a tención de los cuales se captaron a los diferenres programas de la ruta de a tención integral de promoción y manteniento de la salud a 273 para un 22.5% de captación |
| 49 | 1 | 30/12/2025 | Se realiza seguimiento al mantenimiento preventivo de acuerdo al cronograma, en el cual se destaca la importancia y adecuado funcionamiento para la conservacion de la cadena de frio de los biologicos segun los lineamientos de Programa Ampliado de inmunizaciones PAI. Se adjuntan evidencias |
| 49 | 2 | 30/12/2025 | no se realizo en el cuarto trimestre porque no hubo cambio de equipos biomédicos, sin embargo para la vigencia 2026 se realizara cronograma de visitas técnicas en la cual verificara cadena de frio. |
| 49 | 3 | 30/12/2025 | Se realiza seguimiento a la temperatura de los refrigeradores asignados a puestos de salud, los cuales estan dentro de los parametros normales para garantizar la temperatura adecuada entre +2 a +8 conservando la cadena de frio de acuerdo a los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizacion PAI. Se anexa evidencias |
| 50 | 1 | 30/12/2025 | Se realiza socializacion con equipo de vacunacion al personal auxiliar de enfermeria de vacunacion que corresponde a la .E.S.E Hospital San Rafael de fusagasuga, en compañia de los referentes de la gobernacion de cundinamarca. |
| 50 | 2 | 30/12/2025 | Se realiza el seguimiento durante el trimestre sobre los puestos de salud, en los cuales no se presento falla en fluido electrico que necesitara activacion de cadena de llamadas. por lo tanto no se encuentran novedades en el trimestre. |
| 51 | 1 | 30/12/2025 | se realizan seguimientos a la oblación suceptible de vacunación, con el fin de establecer estrategias extramurales para el alcance de los indicadores determinados por el ministerio de salud y proteccion social. se anexa evidencias. |
| 51 | 2 | 30/12/2025 | se realiza seguimiento a la cohorte para menores en la cual se establecen esquemas de vacunacion incompletos, se realiza la descripcion de la llamada y las observaciones que se hacen al acudiente, adicional la demanda insatisfecha de la poblacion no localizada via telefonia de acuerdo a los sistemas nominales PAIWEB 2.0, SIGIRES Y DINAMICA GERENCIAL |
| 51 | 3 | 30/12/2025 | SE Realiza barridos de vacunacion casa a casa de acuerdo a lo establecido y necesidades de la poblacion por notificaciones de eventos de interes en salud publica, adicional se establece la necesidad segun las zonas y el personal.<br>se anexa carpeta con evidencias |
| 51 | 4 | 30/12/2025 | No se realiza revisión de carpetas en jardines de ICBF durante el cuarto trimestre, porque no fué autorizado el ingreso de los vacunadores por parte de las directivas, sin embargo los docentes de las instituciones solitaron apoyo por medio de wassp para dicha revisión direccionando a los padres de familia a puesto de salud mas cercanos. por lo tanto no se anexa evidencias de acuerdo a la actividad progamada, sin embargo los menores se encuentran con esquemas de vacunación completos, adicional se requiere fortalecer esta estrategia en la vigencia 2026 con el apoyo de la secretaria de salud municipal y su gestión ara el ingreso. |
| 52 | 1 | 30/12/2025 | 1. Se realiza seguimiento ejecución de actividades PIC del municipio de Fusagasugá contrato interadministrativo N.2024-0805 (vigencias futuras) con fecha acta de inicio 05 febrero 2025 y fecha de terminación: 19 julio 2025- PRORROGA HASTA 15/10/2025<br>Plazo ejecución: Cinco (5) meses y Quince (15) días.<br>Valor actividades programadas: $ 1.482.378.750<br>Talento humano contratado: 18/02/2025<br>actividades ejecutadas: 1 entrega (05/02/2025 al 04/03/2025): $ 195.730.000<br>actividades ejecutadas: 2 entrega (05/03/2025 al 04/04/2025): $ 196.712.500<br>actividades ejecutadas: 3 entrega (05/04/2025 al 04/05/2025): $ 201.495.000<br>actividades ejecutadas: 4 entrega (05/05/2025 al 04/06/2025): $ 205.690.000<br>actividades ejecutadas: 5 entrega (05/06/2025 al 04/07/2025): $ 204.177.500<br>actividades ejecutadas: 6 entrega (05/07/2025 al 19/07/2025): $ 205.690.000<br>actividades ejecutadas: 7 entrega (18/09/2025 al 04/10/2025): $ 114.012.500<br>actividades ejecutadas: 8 entrega (05/10/2025 al 04/11/2025): $ 107.132.500<br>Indicador PAS: Actividades ejecutadas $ 1.334.091.250 / actividades contratadas $ 1.482.378.750 X 100= 90% |

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

**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. | | | | | | | | | | | | | | **PLAN DE ACCION:** se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia. | | | **1 TRIMESTRE** | | **2 TRIMESTRE** | | **3 TRIMESTRE** | | **4 TRIMESTRE** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | ATRIBUTOS | | | | | | | | | | | | | | | SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025 | |
| 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 | TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
| 53 | AMBULATORIO / CONSULTA EXTERNA | REPUTACIONAL | Infraestructura insuficiente, no disponibilidad de horas especialista, | La demanda de pacientes que acude mensualmente por solicitud de citas medicas 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<br>Desvió de indicadores de oportunidad<br>Disminución de la productividad del servicio | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | MODERADO | 1 | REGISTRO DE DEMANDA INSATISFECHA QUE PERMITE EVALUAR NECESIDAD DE AGENDAS MEDICAS<br>QUIEN: TALENTO HUMANO DE CONSULTA EXTERNA Y CENTRAL DE CITAS<br>PERIODICIDAD: DIARIA<br>EVIDENCIA: REPORTE EN DINÁMICA GERENCIAL FORMATO DE SEGUIMIENTO DIARIO DE DEMANDA INSATISFECHA CE-FT-10 | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 70% | ALTA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | REALIZAR REGISTRO DE DEMANDA INSATISFECHA QUE PERMITE EVALUAR NECESIDAD DE AGENDAS MEDICAS | TALENTO HUMANO DE CONSULTA EXTERNA Y CENTRAL DE CITAS | MENSUAL | 30/03/2025 | EN LO CORRIDO DEL TRIMESTRE QUEDAN EN TOTAL 980 USUARIOS EN DEMANDA INSATISFECHA, CUN TOTAL DE 18.281 CITAS AGENDADAS LO QUE NOS INDICA UN 5.3% DE REGISTRO DEMANDA INSATISFECHA QUEDANDO DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLOECIDOS | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre del año, se registra un total de 1.056 usuarios en lista de espera, correspondientes a demanda insatisfecha. Las especialidades con mayor represamiento son nutrición, optometría, ecografías, tomografías, oftalmología, cirugía maxilofacial, entre otras.<br>En cuanto al comportamiento del indicador de demanda insatisfecha, se reportan los siguientes resultados:<br>Abril: 8,7%<br>Mayo: 4,1%<br>Junio: 4,3%<br>Estos datos reflejan una disminución progresiva en el indicador, aunque persisten especialidades críticas con alta demanda, lo que requiere | 30/09/2025 | En lo corrido del tercer trimestre se continua con monitoreo de indicador de demanda insatisfecha, se evidencia desviación importante en especialidades como oftalmología,optometría, nutrición, urología, ecografías, ortopedia y traumatología, tomografías entre otras.<br>como medidas para mantener controlado el indicador se han realizado jornadas de optometría, desplazamiento de los profesionales hacia los hogares geriátricos, ampliación de agendas en algunas de las especialidades. | 30/12/2025 | En lo corrido del cuarto trimestre se continua con monitoreo de indicador de demanda insatisfecha, se evidencia desviación importante en especialidades como, fisiatria, psiquiatría, oftalmología, optometría, nutrición, urología, ecografías, ortopedia y traumatología, tomografías entre otras.<br>como medidas para mantener controlado el indicador se han realizado jornadas de optometría, desplazamiento de los profesionales hacia los hogares geriátricos, ampliación de agendas en algunas de las especialidades. |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | SOLICITUD DE AGENDAS ADICIONALES PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA DEMANDA.<br>QUIEN: REFERENTE DE CONSULTA EXTERNA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: FORMATO EN EXCEL CON PROYECCIÓN Y OFICIO CON LA SUBGERENCIA CIENTÍFICA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | SIN DOCUMENTAR | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 49% | MEDIA | 60% | MODERADO | | | REALIZAR SOLICITUD DE AGENDAS ADICIONALES PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA DEMANDA. | REFERENTE DE CONSULTA EXTERNA | MENSUAL | 30/03/2025 | EN LO CORRIDO DEL TRIMESTRE CON AYUDA DE LA SUBGERENCIA CIENTIFICA SE APERTUTRAN NUEVS FECHAS PARA TOMA DE MAMOGRAFIAS, SE CONTRATA UN NUEVO PROFESIONAL PARA LA ESPECIALIDAD DE UROLOGIA LO QUE NOS PERMITIDO AUMENTAR HASTA EN UN 50% EL AGENDAMIENTO CON ESTA ESPECIALIDAD, POR OTRO LADO SE APERTURAN AGENDAS DE LUNES A VIERNES CON LA ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA PERMITIENDO SE DISMINUYERA INDICADOR DE DEMANDA INSATISFECHA; AUN EXISTEN BRECHAS EN LA INOPORTUNIDAD EN EL AGENDAMIENTO PARA ESTUDIOS COMO TOMOGRAFIAS Y ECOGRAFIAS QUE AFECTAN DIRECTAMENTE LA DOCEAVA PRESUPUESTAL Y QUE SE ENCUENTRAN EN REDISTRIBUCION DE AGENDAS QUE PERMITAN DISMINUIR DEMANDA INSATISFECHA.<br>SE ANEXA SOPORTE DE INFORMACION SUMINISTRADA EN COMITE DIA A DIA REFERENTE A LO PENDIENTE POR GESTIONAR DE DEMANDA INSATISFECHA | 30/06/2025 | Durante el trimestre se ha mantenido el reporte continuo de la demanda insatisfecha a través del comité Día a Día, espacio en el que se realiza seguimiento y análisis de los servicios con mayor acumulación de usuarios en lista de espera. Como resultado de estas revisiones, se ha dado indicación para la solicitud de nuevas horas profesionales, lo que ha permitido ampliar la oferta en la especialidad de optometría mediante la apertura de nuevas agendas.<br>De igual manera, se gestionó la ampliación de presupuesto para la prestación del servicio de oftalmología, favoreciendo la programación oportuna de citas.<br>En cuanto a la consulta de nutrición, se han fortalecido las estrategias de atención extramural, llevando a cabo hasta tres jornadas mensuales en hogares geriátricos. Esta acción ha contribuido a la descongestión de agendas en la sede central, generando mayor disponibilidad de citas para otros usuarios. | 30/09/2025 | Durante el trimestre se ha garantizado el reporte permanente de la demanda insatisfecha a través del comité Día a Día, espacio destinado al seguimiento y análisis de los servicios con mayor acumulación de usuarios en lista de espera. Como resultado de estas revisiones, se indicó la necesidad de gestionar nuevas horas profesionales, lo que permitió ampliar la oferta en la especialidad de optometría mediante la apertura de agendas adicionales.<br>Así mismo, se logró la ampliación del presupuesto destinado a oftalmología, favoreciendo la programación oportuna de citas en esta especialidad.<br>En relación con la consulta de nutrición, se fortalecieron las estrategias de atención extramural, desarrollando hasta tres jornadas mensuales en hogares geriátricos. Esta medida ha contribuido a descongestionar las agendas en la sede central, incrementando la disponibilidad de citas para el resto de usuarios. | 30/12/2025 | Durante este trimestre se ha mantenido un control permanente de la demanda insatisfecha mediante el seguimiento realizado en el comité Día a Día, donde se revisan los servicios que presentan mayor número de usuarios pendientes por atención. A partir de este análisis se determinó la necesidad de reforzar algunos servicios, lo cual permitió gestionar horas adicionales para la especialidad de optometría y aumentar su capacidad de agendamiento.<br>Por otra parte, se logró una ampliación en los recursos asignados al servicio de oftalmología, medida que ha facilitado la programación más rápida y eficiente de las citas requeridas por los usuarios.<br>En cuanto al servicio de nutrición, se priorizó la atención fuera de la institución mediante jornadas programadas en hogares geriátricos, alcanzando hasta tres intervenciones mensuales. Esta estrategia ha permitido disminuir la presión sobre las agendas internas y mejorar la disponibilidad de cupos para quienes requieren atención en la sede principal. |
| 54 | AMBULATORIO / CONSULTA EXTERNA | REPUTACIONAL | Infraestructura insuficiente, no disponibilidad de horas especialista, | La demanda de pacientes que acude mensualmente por solicitud de citas medicas 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 medicas<br>Aumento de las PQRS de los usuarios | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | MODERADO | 1 | ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE PACIENTES PARA PODER REALIZAR EL RE AGENDAMIENTO<br>QUIEN: PERSONAL DE LÍNEA DE FRENTE DE CENTRAL DE CITAS<br>PERIODICIDAD: DIARIO<br>EVIDENCIA: PLANILLAS DE AGENDAS REPROGRAMADAS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE PACIENTES PARA PODER REALIZAR EL RE AGENDAMIENTO<br>QUIEN: PERSONAL DE LÍNEA DE FRENTE DE | PERSONAL DE LÍNEA DE FRENTE DE CENTRAL DE CITAS | DIARIO | 30/03/2025 | En lo corrido del trimestre se capacita al personal de preconsulta y central de citas en procedimiento de asignación de citas donde se hace énfasis en la importancia de realizar actualización de datos durante el agendamiento de citas medicas disminuyendo con ello inasistencia y las PQRS de los usuarios quienes manifiestan su inconformidad por no ser atendidos.<br>en lo corrido del trimestre se reprograman en total 554 usuarios de los cuales se desplazan a la institución 63 usuarios que no pudieron ser atendidos y se les reprogramo para una nueva fecha.<br>dentro de los inconvenientes presentados en la comunicación con los usuarios para reprogramar se encuentran los siguientes<br>1. teléfono apagado<br>2. correo de voz<br>3. buzón<br>es importante mencionar al ESE Hospital San Rafael atiende bastante población rural con la que es compleja la comunicació | 30/06/2025 | Durante el trimestre, se llevó a cabo una nueva capacitación sobre el procedimiento de asignación de citas dirigida al personal de línea de frente de la central de citas y al equipo encargado de la atención por medio de las líneas de WhatsApp. Esta capacitación tuvo como objetivo fortalecer el conocimiento y la aplicación adecuada del protocolo de agendamiento, con el fin de optimizar la atención al usuario.<br>Por otro lado, en este mismo periodo se reprogramaron un total de 650 citas. De estas, en 66 casos no fue posible establecer comunicación previa con los usuarios, quienes se presentaron de manera presencial a nuestras instalaciones. A dichos usuarios se les informó sobre la cancelación y reprogramación de sus citas, garantizando la continuidad en la prestación del servicio. | 30/09/2025 | En lo corrido del mes de octubre se reprogramaron 270 usuarios de los cuales no fue posible comiunicacion con 30 | 30/12/2025 | En lo corrido del mes de diciembre se reprograman 169 usuarios de los cuales no se logra comunicación con 16 |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | RE AGENDAMIENTO DE CITAS EN CASO DE QUE SE REQUIERA<br>QUIEN: COORDINACIÓN DE CONSULTA EXTERNA<br>PERIODICIDAD: A NECESIDAD<br>EVIDENCIA: PLANILLAS DE AGENDAS REPROGRAMADAS | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | SIN DOCUMENTAR | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 42% | MEDIA | 60% | MODERADO | | | RE AGENDAMIENTO DE CITAS EN CASO DE QUE SE REQUIERA | COORDINACIÓN DE CONSULTA EXTERNA | A NECESIDAD | 30/03/2025 | En lo corrido del trimestre se reprograman en total 554 usuarios de los cuales se desplazan a la institución 63 usuarios que no pudieron ser atendidos y se les reprogramo para una nueva fecha.<br>dentro de los inconvenientes presentados en la comunicación con los usuarios para reprogramar se encuentran los siguientes<br>1. teléfono apagado<br>2. correo de voz<br>3. buzón<br>es importante mencionar al ESE Hospital San Rafael atiende bastante población rural con la que es compleja la comunicación | 30/06/2025 | Durante el trimestre, se llevó a cabo una nueva capacitación sobre el procedimiento de asignación de citas dirigida al personal de línea de frente de la central de citas y al equipo encargado de la atención por medio de las líneas de WhatsApp. Esta capacitación tuvo como objetivo fortalecer el conocimiento y la aplicación adecuada del protocolo de agendamiento, con el fin de optimizar la atención al usuario.<br>Por otro lado, en este mismo periodo se reprogramaron un total de 650 citas. De estas, en 66 casos no fue posible establecer comunicación previa con los usuarios, quienes se presentaron de manera presencial a nuestras instalaciones. A dichos usuarios se les informó sobre la cancelación y reprogramación de sus citas, garantizando la continuidad en la prestación del servicio. | 30/09/2025 | En lo corrido del mes de octubre se reprogramaron 270 usuarios de los cuales no fue posible comiunicacion con 30 | 30/12/2025 | Se carga registro de inatencion de 169 no se logra comuncacion con 16 usuarios |
| 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<br>Inconformidad por parte de los médicos especialistas<br>Desviación del indicador que conlleva a plan de mejora | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 50% | MODERADO | 60% | MODERADO | 1 | CONFIRMACIÓN DE CITAS MEDICAS<br>QUIEN: PERSONAL DE CONSULTA EXTERNA<br>CUANDO: DIARIO<br>EVIDENCIA: BASES DE DATOS DE CITAS PROGRAMADAS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 30% | BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | CONFIRMACIÓN DE CITAS MEDICAS | PERSONAL DE CONSULTA EXTERNA | DIARIO | 30/03/2025 | Se adjuntan soportes confirmación de citas médicas primer trimestre año 2025. | 30/06/2025 | A continuación, se relacionan las bases de datos correspondientes a la confirmación de citas médicas del segundo trimestre del año en curso, con el fin de evidenciar la gestión realizada en el proceso de contacto, verificación y seguimiento a los usuarios programados | 30/09/2025 | EN LO CORIDO DE LOS MESES JULIO Y AGOSTO SE CONTINUA CON ESTARTEGIA DE CONFIRMACION DE CITAS MEDICAS POR MEDIO DE LLAMADO TELEFONICO YA QUE NO CONTAMOS CON CALL CENTER QUE PERMITA LA CONFIRMACION DE MANERA AUTOMATICA<br>POR OTRO LADO COMO ESTRATEGIA PARA DISMINUIR LA INASISTENCIA DE ESPECIALIDADES BASICAS SE IMPLEMENTO COMUNICACION CON EL USUARIO DE MANERA DIARIA COMO SE EVIDENCIA EN EL SEGUIMIENTO ADJUNTO. | 30/12/2025 | SE ADJUNTA CONFIRMACION DE CITAS MEDICAS ULTIMO TRIMESTRE AÑO 2025 |
| 56 | AMBULATORIO / SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA | ECONOMICO | DESCONOCIMIENTO A LAS ALERGIAS DEL MEDICAMENTO | DESCONOCIMIENTO A LAS ALERGIAS DEL MEDICAMENTO | POSIBILIDAD DE COMPLICACIONES TERAPEÚTICAS Y MEDICAMENTOS RELACIONADAS CON LA SEDACIÓN | FALLA RESPIRATORIO<br>RASH CUTANEO | RIESGO EN SALUD | PROCESO | ALTA | 60% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES Y CONDICION CLINICA DEL PACIENTE<br>PERIODICIDAD: CUANDO LLEGA EL PACIENTE AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA<br>EVIDENCIA: HISTORIA CLINICA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR | VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES Y CONDICION CLINICA DEL PACIENTE | SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA | CUANDO LLEGA EL PACIENTE AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA | 30/03/2025 | Se evidencia que para el primer trimestre se ejecuta el cumplimiento del 25% en cuanto a la verificación de comorbilidades y antecedentes de cada paciente , el cual se ejecuta durante el diligenciamiento de consentimientos informados y listas de chequeo , antes de cada procedimiento a realizar , en donde se explica al usuario todas las complicaciones y demás dudas que surjan en este proceso que coadyuden a disminuir el riesgo de complicaciones, se carga mensual un seguimiento de trazabilidad de complicaciones posterior a la sedación las cuales a la fecha se han reportado cero, no se cargan evidencias , por la demanda de usuarios para procedimientos y consulta , quedado evidencias en físico en cada historia clínico del paciente. | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre del año 2025 se realizaron un total de 623 procedimientos bajo sedación en el servicio de Gastroenterología. En cada uno de ellos se registraron y verificaron de manera previa los antecedentes clínicos de los pacientes, garantizando así la seguridad y el cumplimiento de los protocolos institucionales antes de la realización de los procedimientos.<br>Es importante resaltar que no se presentaron novedades ni incidentes durante este periodo, lo que refleja la adherencia del personal asistencial a las buenas prácticas clínicas y a las políticas de seguridad del paciente establecidas por la institución.<br>Como soporte, se adjunta evidencia del diligenciamiento de antecedentes en la historia clínica digital que utiliza la institución (plataforma Dinámica). Dado el alto volumen de pacientes atendidos, no es posible cargar la totalidad de los documentos, sin embargo, se anexa un formato ejemplo que ilustra la correcta ejecución y registro del proceso. | 30/09/2025 | El servicio de gastroenterología realiza procedimientos endoscópicos bajo sedación consciente o profunda, según el tipo de examen (endoscopia digestiva alta, colonoscopia, rectosigmoidoscopia, entre otros).<br>La sedación es administrada por personal médico entrenado, bajo monitoreo continuo de signos vitales, saturación de oxígeno y nivel de conciencia del paciente durante todo el procedimiento.<br>El comportamiento de las complicaciones terapéuticas durante la sedación en el servicio de gastroenterología se considera óptimo y controlado, sin repercusiones mayores para los pacientes.<br>El cumplimiento de los protocolos de seguridad, la vigilancia continua y la adecuada respuesta del equipo asistencial reflejan buenas prácticas clínicas y un compromiso institucional con la seguridad del paciente. | 30/12/2025 | Año 2025 – IV Trimestre (octubre–diciembre)<br>Durante el último trimestre del año 2025, el indicador institucional "Posibilidad de complicaciones terapéuticas y medicamentos relacionadas con la sedación" presentó un comportamiento estable y controlado, evidenciando que no se registró desviación frente a la meta establecida.<br>En el periodo evaluado se mantuvo el cumplimiento de las medidas de seguridad asociadas a la sedación, incluyendo la adecuada valoración previa del paciente, verificación de medicamentos, dosis y vía de administración, así como monitoreo clínico continuo durante y posterior al procedimiento.<br>Lo anterior refleja una adecuada adherencia del equipo asistencial a los protocolos institucionales de sedación segura, contribuyendo a la prevención de eventos adversos y fortaleciendo la calidad de la atención y la seguridad del paciente. |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO PARA SEDACIÓN EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA<br>PERIODICIDAD: CUANDO LLEGA EL PACIENTE AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA<br>EVIDENCIA: FORMATO AB-GS-FT-08 DILIGENCIADO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | | APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO PARA SEDACIÓN EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA | SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA | CUANDO LLEGA EL PACIENTE AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA | 30/03/2025 | Se evidencia que se ejecuta el cumplimiento del 25% para el diligenciamiento de la lista de chequeo para paciente quien requieran por su condición ser sedados , explicando de esta manera complicaciones y demás riesgos que se puedan presentar durante la sedación y posterior a esta , despejando dudas que puedan surgir del cliente previo al diligenciamiento de esta ,reduciendo riesgos mínimos al poder identificar cualquier factor de riesgo que genere daño a corto plazo en este, las evidencias se encuentran en los paquetes físicos de cada usuario a realizar el procedimiento , los cuales no se ingresan al análisis por el aumento de la demanda en cada consulta. | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre del año 2025 se realizaron un total de 623 procedimientos bajo sedación en el servicio de gastroenterología. En todos los casos se aplicó la lista de verificación de sedación correspondiente, cumpliendo con los lineamientos establecidos para la seguridad del paciente y la calidad asistencial.<br>Es importante resaltar que no se presentaron complicaciones asociadas a la sedación durante este periodo, lo que evidencia una adecuada preparación, seguimiento y adherencia al protocolo por parte del personal asistencial.<br>Como soporte de este informe, se adjunta evidencia del diligenciamiento de la lista de chequeo de sedación; sin embargo, debido al alto volumen de pacientes atendidos, no es posible anexar la totalidad de los documentos. Por tal motivo, se incluye un formato representativo como ejemplo, el cual demuestra la correcta aplicación y cumplimiento de cada uno de los criterios evaluados en el proceso.<br>En conclusión, el servicio mantiene buenos indicadores de seguridad, trazabilidad y adherencia a los protocolos institucionales de sedación, garantizando la calidad y seguridad en la atención de los pacientes. | 30/09/2025 | Durante el tercero trimestre del año 2025 se realizaron un total de 663 procedimientos bajo sedación en el servicio de gastroenterología, ejecutándose se de esta ,manera el 75% de manera optima.<br>En todos los casos se aplicó la lista de verificación de sedación correspondiente, cumpliendo con los lineamientos establecidos para la seguridad del paciente y la calidad asistencial.<br>Es importante resaltar que no se presentaron complicaciones asociadas a la sedación durante este periodo, lo que evidencia una adecuada preparación, seguimiento y adherencia al protocolo por parte del personal asistencial.<br>Como soporte de este informe, se adjunta evidencia del diligenciamiento de la lista de chequeo de sedación; sin embargo, debido al alto volumen de pacientes atendidos, no es posible anexar la totalidad de los documentos. Por tal motivo, se incluye un formato representativo como ejemplo, el cual demuestra la correcta aplicación y cumplimiento de cada uno de los criterios evaluados en el proceso.<br>En conclusión, el servicio mantiene buenos indicadores de seguridad, trazabilidad y adherencia a los protocolos institucionales de sedación, garantizando la calidad y seguridad en la atención de los pacientes. | 30/12/2025 | Para el cuarto trimestre del año 2025 se realizaron un total de 672 procedimientos bajo sedación en el servicio de gastroenterología. En todos los casos se aplicó la lista de verificación de sedación correspondiente, cumpliendo con los lineamientos establecidos para la seguridad del paciente y la calidad asistencial.<br>Es importante resaltar que no se presentaron complicaciones asociadas a la sedación durante este periodo, lo que evidencia una adecuada preparación, seguimiento y adherencia al protocolo por parte del personal asistencial.<br>Como soporte de este informe, se adjunta evidencia del diligenciamiento de la lista de chequeo de sedación; sin embargo, debido al alto volumen de pacientes atendidos, no es posible anexar la totalidad de los documentos. Por tal motivo, se incluye un formato representativo como ejemplo, el cual demuestra la correcta aplicación y cumplimiento de cada uno de los criterios evaluados en el proceso.<br>En conclusión, el servicio mantiene buenos indicadores de seguridad, trazabilidad y adherencia a los protocolos institucionales de sedación, garantizando la calidad y seguridad en la atención de los pacientes. |
| 57 | AMBULATORIO / SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA | REPUTACIONAL | NO APLICACIÓN DE BARRERAS PARA LA PREVENCIÓN DE CAIDAS INSTITUCIONALMENTE | INESTABILIDAD HEMODINAMICA DEL PACIENTE<br>NO IDENTIFICACIÓN DE RIESGO DE CAIDA EN EL PACIENTE | POSIBILIDAD DE CAÍDAS EN EL SERVICIO | EVENTO ADVERSO | RIESGO EN SALUD | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | APLICACIÓN DE BARRERAS PARA LA PREVENCIÓN DE CAIDAS DEFINIDAS INSTITUCIONALMENTE (BARANDAS ELEVADAS, IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO). | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | BAJO | TRASLADAR /REDUCIR | APLICACIÓN DE BARRERAS PARA LA PREVENCIÓN DE CAIDAS DEFINIDAS INSTITUCIONALMENTE (BARANDAS ELEVADAS, IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO). | SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA | CUANDO LLEGA EL PACIENTE AL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA | 30/03/2025 | No se evidenciaron eventos adversos ni reportes relacionados con entrega equivocada de resultados durante el periodo evaluado. | 30/06/2025 | No se evidenciaron eventos adversos ni reportes relacionados con entrega equivocada de resultados durante el periodo evaluado. | 30/09/2025 | No se evidenciaron eventos adversos ni reportes relacionados con entrega equivocada de resultados durante el periodo evaluado. | 30/12/2025 | No se evidenciaron eventos adversos ni reportes relacionados con entrega equivocada de resultados durante el periodo evaluado. |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACTA DE CAPACITACIÓN Y POSTEST | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 0% | LEVE | | | CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA | SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA | SEMESTRAL | 30/03/2025 | Durante el segundo trimestre del año se brinda capacitación retroalimentación sobre prevención de caídas en el servicio de gastroenterología , haciendo participes al equipo de trabajo de la unidad , enfatizando sobre la importancia de brindar acompañamiento activo a todo usuario antes durante y después de cada procedimiento que genere un riesgo que afecte el bienestar y por ende repercusiones legales para la institución. | 30/06/2025 | Durante el presente trimestre, se brindó capacitación al personal del servicio de Gastroenterología sobre el riesgo y la prevención de caídas, con el objetivo de fortalecer las medidas de seguridad del paciente, promover la identificación oportuna de factores de riesgo y garantizar la aplicación de estrategias preventivas durante la atención asistencial. | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/12/2025 | Durante el tercer trimestre, el indicador correspondiente al riesgo de caídas en el servicio de Gastroenterología presentó un comportamiento estable y acorde con lo esperado, evidenciando que no se presentó desviación frente a la meta institucional establecida.<br>Lo anterior refleja el cumplimiento de las medidas preventivas y del protocolo implementado para la identificación, control y seguimiento del riesgo de caídas, manteniendo condiciones seguras para los pacientes durante su estancia en el servicio.<br>Adicionalmente, con el fin de fortalecer la adherencia al proceso y garantizar la continuidad en la mejora de la calidad, se continúa realizando capacitación y sensibilización permanente al personal asistencial y administrativo que labora en el servicio, enfocada en:<br>Identificación oportuna de pacientes con riesgo de caída<br>Aplicación correcta de medidas preventivas<br>Seguimiento continuo y reporte oportuno de eventos/condiciones inseguras<br>Reforzamiento del cumplimiento de los lineamientos institucionales |
| 58 | AMBULATORIO / SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA | REPUTACIONAL | PACIENTES HOMONIMOS | ALTA DEMANDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO | POSIBILIDAD DE ENTREGA EQUIVOCADA DE RESULTADOS | EVENTO ADVERSO | RIESGO EN SALUD | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | VERIFICACIÓN CRUZADA DEL PACIENTE AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL RESULTADO<br>EVIDENCIA: INDICADOR | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | BAJO | TRASLADAR /REDUCIR | VERIFICACIÓN CRUZADA DEL PACIENTE AL MOMENTO DE LA ENTREGA DEL RESULTADO | SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA | CUANDO SE ENTREGA RESULTADOS | 30/03/2025 | No se realiza cargue de evidencia correspondiente a la actividad debido a que su frecuencia o priocidad es semestral y esta programada para el mes de junio 2025 | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/09/2025 | Objetivo de la capacitación:<br>Promover en el personal del servicio de Gastroenterología la adherencia a los protocolos institucionales para la correcta verificación, identificación y entrega de resultados, garantizando la trazabilidad y confidencialidad de la información clínica de los pacientes.<br>Desarrollo de la actividad:<br>La capacitación se realizó de forma presencial , contando con la participación del equipo médico CMT, de enfermería y apoyo administrativo.<br>Durante la jornada se abordaron los siguientes temas principales:<br>Identificación segura del paciente en cada etapa del proceso asistencial.<br>Protocolos para la recepción, verificación y entrega de resultados diagnósticos.<br>Responsabilidades del personal en la custodia y confidencialidad de la información clínica.<br>Revisión de casos hipotéticos y acciones preventivas ante posibles eventos de entrega errónea.<br>Refuerzo de la importancia del registro adecuado en historia clínica. | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE ENTREGA EQUIVOCA DE RESULTADO EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACTA DE CAPACITACIÓN Y POSTEST | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 0% | LEVE | | | CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL RIESGO DE ENTREGA EQUIVOCA DE RESULTADO EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA | SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA | SEMESTRAL | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/06/2025 | Objetivo:<br>Garantizar que todos los resultados de estudios, laboratorios y procedimientos realizados en el servicio de gastroenterología sean entregados de manera oportuna, clara, comprensible y sin ambigüedades, tanto al paciente como al equipo tratante, fortaleciendo la seguridad del paciente y la continuidad del tratamiento.<br>1. Importancia de la entrega inequívoca de resultados<br>Permite una toma de decisiones clínica informada y oportuna.<br>Reduce errores de interpretación.<br>Favorece la adherencia al tratamiento por parte del paciente.<br>Disminuye riesgos legales y de calidad en la atención.<br>2. Estándares mínimos para la entrega adecuada de resultados<br>a. Verificación de identidad del paciente:<br>Siempre confirmar nombre completo, número de documento e historia clínica.<br>b. Claridad en la comunicación verbal y escrita:<br>Utilizar lenguaje comprensible al entregar resultados al paciente.<br>Explicar el significado clínico del resultado cuando sea pertinente. | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/12/2025 | Análisis del indicador – Entrega inequívoca de resultados<br>Servicio de Gastroenterología – IV Trimestre 2025 (octubre–diciembre)<br>Durante el último trimestre del año 2025, el indicador correspondiente a entrega inequívoca de resultados en el servicio de Gastroenterología presentó un comportamiento óptimo, evidenciándose cumplimiento de la meta establecida para el periodo evaluado.<br>En el seguimiento realizado no se registraron eventos relacionados con entrega inadecuada o equivocada de resultados, por lo cual no se presentaron casos de entrega no inequívoca.<br>Estos resultados reflejan una adecuada adherencia del personal al proceso institucional de identificación segura del paciente y comunicación efectiva, así como el compromiso del servicio con la seguridad del paciente y la mejora continua de la calidad en la atención. |

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

| | |
|---|---|
| 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

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 100% | MAYOR | 80% | ALTA |
| 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 | 100% | MAYOR | 80% | ALTA |
| 61 | **FARMACOVIGILANCIA** | REPUTACIONAL | POR INCUMPLIMIENTO DEL PROVEEDOR EN LAS MARCAS DE MEDICAMENTOS PACTADAS | POR FALTA DE REVISION DE ALERTAS SEGÚN 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<br>EVENTO ADVERSO | EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS | PROCESO | BAJA | 0,4 | MODERADO | 60% | 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 | 0,6 | MODERADO | 60% | MODERADO |
| 63 | **AMBULATORIO / NEUMOLOGÍA** | REPUTACIONAL | Descompensación o condiciones físicas del paciente | Problemas mecánicos en los equipos, o incorrecta utilización de los equipos | POSIBILIDAD DE CAÍDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE NEUMOLOGÍA | EVENTO ADVERSO O INCIDENTE | RIESGO EN SALUD | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 64 | **AMBULATORIO / NEUMOLOGÍA** | REPUTACIONAL | PACIENTES HOMONIMOS | FALLAS EN LA VERIFICACIÓN CRUZADA | POSIBILIDAD DE ENTREGA EQUIVOCA DE RESULTADOS DE NEUMOLOGIA ( TEST DE EJERCICIO, BRONCOMOTRICIDAD Y POLISOMNOGRAMAS) | DIAGNOSTICO ERRADO<br>RE PROCESOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE | RIESGO EN SALUD | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 65 | **AMBULATORIO / ALTO RIESGO OBSTÉTRICO** | REPUTACIONAL | Fallas en los sistemas para la generación de resultados | Fallas en los sistemas para la generación de resultados | POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS (ECOGRAFIAS) | EVENTO ADVERSO O INCIDENTE | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 66 | **AMBULATORIO / PATOLOGÍA** | REPUTACIONAL | Error humano | Error en la identificación de las muestras , en el momento de hacer el procedimiento y /o generar la solicitud del examen | POSIBILIDAD DE IDENTIFICACIÓN INCORRECTA DE MUESTRAS DE PATOLOGÍA | INCIDENTE Y/O EVENTO ADVERSO EN EL PACIENTE<br>DIAGNOSTICO ERRÓNEO | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 67 | **AMBULATORIO / PATOLOGÍA** | REPUTACIONAL | Fallas en los controles de calidad realizados a las muestras | Aplicación incorrecta de los criterios cito morfológicos en el análisis de las muestras | POSIBILIDAD DE GENERACIÓN DE RESULTADO INCORRECTO POR ERRORES EN LA APLICACIÓN DE CRITERIOS CITO MORFOLÓGICOS EN EL ANÁLISIS DE LAS MUESTRAS | DIAGNOSTICO ERRORENEOS FALSOS POSITIVOS O FALSOS NEGATIVOS | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MAYOR | 80% | ALTA |
| 68 | **AMBULATORIO / PATOLOGÍA** | REPUTACIONAL | Fallas en los mantenimientos preventivos de los equipos de Patología para el análisis de muestras | Fallas en el equipo que alteren las temperaturas adecuadas para el procesamiento de las muestras. | POSIBILIDAD DE DAÑO DE LAS MUESTRAS DE PATOLOGÍA POR FALLAS O ALTERACIONES EN LA TEMPERATURA DE LOS EQUIPOS | IMPOSIBILIDAD DE REALIZAR EL ANÁLISIS MORFOLÓGICO Y MICROSCÓPICO DE LA MUESTRA | USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 69 | **AMBULATORIO / PATOLOGÍA** | REPUTACIONAL | Fallas en la recepción técnica de los insumos y reactivos | Fallas en la recepción técnica de los insumos o seguimiento a los controles de los reactivos | POSIBILIDAD DE DAÑO DE MUESTRAS POR CALIDAD INADECUADA DE LOS REACTIVOS E INSUMOS | IMPOSIBILIDAD DE HACER EL PROCESAMIENTOO ANALISIS MICROSCOPICO<br>INCIDENTE Y/O EVENTO ADVERSO EN EL PACIENTE<br>DIAGNOSTICO ERRÓNEO | USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |
| | | | | | | | | | | | | | |

**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 | No CONTROL | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | ATRIBUTOS TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 59 | 1 | CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE FARMACIA EN EL PROCESO DE CONTROL DE FECHA DE VENCIMIENTOS<br>QUIEN: DIRECTOR TÉCNICO OUTSORCING.<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACTAS DE ASISTENCIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 80% | MAYOR | ALTA | TRASLADAR /REDUCIR |
| 59 | 2 | REALIZAR RECEPCIÓN TÉCNICA AL RECIBIR LOS PRODUCTOS CON EL FIN DE EVITAR LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS VENCIDOS<br>QUIEN: REGENTE DE FARMACIA<br>PERIODICIDAD: CADA QUE LLEGA PEDIDO<br>EVIDENCIA: ACTA DE RECEPCIÓN TÉCNICA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 80% | MAYOR | | |
| 59 | 3 | SEMAFORIZAR E IDENTIFICAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS COLORES DEFINIDOS EN EL INSTRUCTIVO " CONTROL DE FECHAS DE VENCIMIENTO "SF-IN-07 Y DEMARCAR CON STIKER ROJO LOS PRÓXIMOS A VENCER<br>QUIEN: PERSONAL DE FARMACIA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA:FORMATOS DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGI T MEDICAMWNTOS LASA Y CRONOGRAMA DE SEMAFORIZACIÓN | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 25% | BAJA | 80% | MAYOR | | |
| 60 | 1 | SOLICITUD DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS AL CENTRO LOGÍSTICO DE ACUERDO A NECESIDADES Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS<br>QUIEN: REGENTE DE FARMACIA<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>EVIDENCIA: CORREO CON EL FORMATO DE SOLICITUD DE PEDIDO | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 70% | ALTA | 80% | MAYOR | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR |
| 60 | 2 | SOLICITUD DE PENDIENTES DE MEDICAMENTOS E INSUMOS AL CENTRO LOGÍSTICO QUE NO LLEGARON EN EL PEDIDO SEMANAL<br>QUIEN: REGENTE DE FARMACIA<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>EVIDENCIA: CORREO DE SOLICITUD AL CENTRO LOGÍSTICO | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 49% | MEDIA | 80% | MAYOR | | |
| 60 | 3 | SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE MÁXIMOS Y MÍNIMOS CON SU RESPECTIVO PUNTO DE REPOSICIÓN<br>QUIEN: REGENTE DE FARMACIA<br>PERIODICIDAD: DIARIO<br>EVIDENCIA: LISTADO MAESTRO DE MEDICAMENTOS Y MEDICOQUIRURGICOS | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 34% | BAJA | 80% | MAYOR | | |
| 60 | 4 | GESTIÓN DE MEDICAMENTOS O INSUMOS SOLICITADOS Y QUE NO SE ENCUENTRAN CONTRATADOS<br>QUIEN: REFERENTE DE FARMACIA<br>PERIODICIDAD: CUANDO SE PRESENTE FALTA DEL MEDICAMENTO O INSUMO<br>EVIDENCIA ACTA DE REUNIÓN O OFICO DEL SOPORTE. | CORRECTIVO 10% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 25% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 34% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 61 | 1 | REVISION DE ALERTAS SANITARIAS<br>PERIODICIDAD SEMANALMENTE<br>QUIEN? REFERENTE DEL PROGRAMA<br>EVEIDENCIAS: EXCELL DE ALETAS REVISADAS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 24% | BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 61 | 2 | COMPROMISO CONTRACTUAL CON EL PROVEEDOR PARA NO OFERTAR PRODUCTOS QUE TENGAN ALERTAS SANITARIAS VIGENTES<br>PERIODICIDAD: CADA VEZ QUE SE VA A REALIZAR CONTRATACION DE MEDICAMENTOS<br>QUIEN: QUIMICO FARMACEUTICO-COMPRAS<br>EVIDENCIA: ESTUDIO DE CONVENIENCIA DEL CONTRATO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 14% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 62 | 1 | VIGILANCIA ACTIVA DE POSIBLES EVENTOS O INCIDENTES RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS<br>QUIEN: REFERENTE DEL PROGRAMA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: REPORTE DE EVENTOS O INCIDENTES DETECTADOS POR VIGILANCIA ACTIVA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 62 | 2 | DETECCION DE RIESGO DE USO INADECUADO DE OPIOIDES<br>QUIEN:TOXICOLOGA<br>PERIODICIDAD. MENSUAL<br>EVIDENCIA: INFORME MENSUAL DE TOXICOLOGIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 62 | 3 | GESTION DEL EVENTO Y/O REPORTE RELACIONADOS DIRECTAMENTE CON EL MEDICAMENTO (DISPENSACION, OPORTUNIDAD, SUFICIENCIA Y CALIDAD )<br>QUIEN: REFERENTE DE PROGRAMA<br>PERIODICIDAD: CADA VEZ QUE SE PRESENTE EL EVENTO<br>EVIDENCIA: ANALISIS EN ALMERA Y FORMATO PLANES DE MEJORA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 13% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 63 | 1 | MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS<br>QUIEN: NEUMOLOGÍA<br>PERIODICIDAD: CUATRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: SOPORTE DE MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR |
| 63 | 2 | ENTREGA DE RECOMENDACIONES A LOS PACIENTES EN VALORACIÓN INICIAL<br>QUIEN: FISIOTERAPEUTA DE NEUMOLOGÍA<br>PERIODICIDAD: EN CADA VALORACIÓN INICIAL<br>EVIDENCIA: VALORACIÓN DEL PACIENTE<br>DEVIACIÓN DEL CONTROL: DESCONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES SOBRE LAS RECOMENDACIONES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 64 | 1 | SEGUIMIENTO A LA ENTEGA DE RESULTADOS ( TEST DE EJERCICIO, BRONCOMOTRICIDAD Y POLISOMNOGRAMAS)<br>QUIEN: FISIOTERAPEUTA DE NEUMOLOGIA<br>EVIDENCIA. LIBRO DE ENTREGA<br>CUANDO: MENSUAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 17% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR |
| 65 | 1 | SEGUIMIENTO A LA ENTREGA OPORTUNA DE RESULTADOS<br>QUIEN: PERSONAL DE ALTO RIESGO OBSTETRICO<br>PERIODICIDAD: MENSUAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR |
| 65 | 2 | MANTENIIMIENTOS PREVENTIVOS DE ECOGRAFOS<br>EVIDENCIA: REPORTE DE MANTENIMIENTOS<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | | |
| 66 | 1 | VERIFICACIÓN DE MUESTRAS RECEPCIONADAS EN EL LABORATORIO DE PATOLOGÍA Y REGISTRO EN EL LIBRO<br>EVIDENCIA: REGISTRO EN EL LIBRO REMISION DE MUESTRAS SALAS DE CIRUGIA<br>PERIODICIDAD: DIARIO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR |
| 66 | 2 | VERIFICACIÓN DE MUESTRAS RECEPCIONADAS EN EL LABORATORIO DE PATOLOGÍA EN EL MOMENTO DE INGRESO<br>EVIDENCIA: LIBRO DIGITAL<br>PERIODICIDAD: DIARIO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 66 | 3 | ASIGNACIÓN DE NUMERACIÓN DE LAS MUESTRAS QUE CORRESPONDA A LA SOLICITUD DE PATOLOGIA<br>QUIEN: AUXILIAR DE PATOLOGIA<br>CUANDO: DIARIO<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE RELACIÓN DE MUESTRAS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 67 | 1 | CONTROL INTERNO DE CALIDAD PARA CITOLOGÍA Y PARA PATOLOGÍA DE MUESTRAS ALEATORIAS 10% NEGATIVOS Y 100% POSITIVOS<br>QUIEN: MEDICO PATÓLOGO Y CITO HISTÓLOGO<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: REGISTRO FORMATO DE ANÁLISIS DE CONTROL DE CALIDAD | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 80% | MAYOR | ALTA | TRASLADAR /REDUCIR |
| 67 | 2 | CONTROL EXTERNO DE CALIDAD DE MUESTRAS ALEATORIAS Y ANALIZADAS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD<br>QUIEN: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: INFORME DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN EXTERNA DEL DESEMPEÑO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 80% | MAYOR | | |
| 68 | 1 | QUE: CONTROL DE TEMPERATURA DE EQUIPOS<br>QUIEN: CITO HISTÓLOGO<br>PERIODICIDAD: DIARIO<br>EVIDENCIA: FORMATO REGISTRO DE TEMPERATURA. | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR |
| 68 | 2 | QUE: MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS<br>QUIEN: INGENIERO BIOMÉDICO<br>PERIODICIDAD: BIMESTRAL<br>EVIDENCIA: REGISTRO DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 68 | 3 | MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS EN CASO DE PRESENTARSE DESVIACIONES<br>QUIEN: INGENIERO BIOMÉDICO<br>PERIODICIDAD: A DEMANDA<br>EVIDENCIA: REGISTRO DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 25% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 69 | 1 | RECEPCIÓN TÉCNICA DE INSUMOS Y REACTIVOS<br>QUIEN: CITO HISTÓLOGO<br>PERIODICIDAD: A DEMANDA<br>EVIDENCIA: REGISTRO FORMATO ACTA DE RECEPCIÓN DE INSUMOS Y REACTIVOS RFAL-FT-05 | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR |
| 69 | 2 | VERIFICACIÓN REPORTE DE ALERTA SANITARIA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS REACTIVOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DE LA PAGINA OFICIAL DEL INVIMA<br>QUIEN: CITO HISTÓLOGO<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>EVIDENCIA: REGISTRO EN EL FORMATO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 69 | 3 | CONTROL DE CALIDAD INTERNO DE LOS REACTIVOS<br>QUIEN: CITO HISTÓLOGO<br>PERIODICIDAD: DIARIO<br>EVIDENCIA. CONTROL ACTA DE RECEPCIÓN DE INSUMOS Y REACTIVOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| | 1 | VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DE ALISTAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS A PACIENTES CON EL FIN DE EVITAR ERRORES EN LAS DIETAS A PACIENTES.<br>QUIEN: NUTRICIONISTA DEL ÁREA DE ALIMENTOS<br>PERIODICIDAD:MENSUAL<br>EVIDENCIA: INFORME DE VERIFICACION DE CARROS DE DIETAS | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 70% | ALTA | 60% | MODERADO | | |

**PLAN DE ACCION:** se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia.

| REFERENCIA | No CONTROL | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD | 1 TRIMESTRE – SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025: FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 59 | 1 | CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE FARMACIA EN EL PROCESO DE CONTROL DE FECHA DE VENCIMIENTOS | Director Técnico OUTSORCING | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | Se realiza reunión en la bodega del Servicio Farmacéutico en la cuál se destaca la importancia del control de las fechas de vencimiento para garantizar la actividad del medicamento o insumo evaluado. En dicha actividad se relacionan los colores a tener en cuenta para la semaforización de los productos , siendo funfamental destacar el rojo para productos con fechas de vencimiento superiores a 7 meses. Tambien se relaciona y explíca el formato anexo en el cual se relacionan los aspectos a tener en cuenta para el formato vigente en el hospital, Ver formato anexo. |
| 59 | 2 | REALIZAR RECEPCIÓN TÉCNICA AL RECIBIR LOS PRODUCTOS CON EL FIN DE EVITAR LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS VENCIDOS | REGENTE DE FARMACIA | CUANDO LLEGA PEDIDO | 30/03/2025 | Se anexa archivo de Recepcíión médica de medicamentos, dispositivos médicos y otros productos enfatizando fechas de vencimiento superiores a un año en lo posible La recepción técnica se realiza con base en los traslados realizados en los distintos centros logísticos de Discolmets. Los traslados se colocan en el formato del hospital. En la dispensación se verifica siempre fecha de vencimiento teniendose en cuenta en los 5 correctos. |
| 59 | 3 | SEMAFORIZAR E IDENTIFICAR LOS MEDICAMENTOS CON LOS COLORES DEFINIDOS EN EL INSTRUCTIVO " CONTROL DE FECHAS DE VENCIMIENTO "SF-IN-07 Y DEMARCAR CON STIKER ROJO LOS PRÓXIMOS A VENCER | PERSONAL DE FARMACIA | MENSUAL | 30/03/2025 | En el sedvicio Farmacéutico se identifican los productos LASA, los productos de alto riesgo y se identifican con cintas de color naranja y azul. Ver anexos. |
| 60 | 1 | SOLICITUD DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS AL CENTRO LOGÍSTICO DE ACUERDO A NECESIDADES Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS | REGENTE DE FARMACIA | SEMANAL | 30/03/2025 | Se realiza la solicitud con base en el consumo mensual de medicamentos, dispositivos médicos e insumos. <<<<se tienen en cuenta máximos y mínimos de cada producto |
| 60 | 2 | SOLICITUD DE PENDIENTES DE MEDICAMENTOS E INSUMOS AL CENTRO LOGÍSTICO QUE NO LLEGARON EN EL PEDIDO SEMANAL | REGENTE DE FARMACIA | SEMANAL | 30/03/2025 | Se realiza la solicitud con base en el consumo mensual de medicamentos, dispositivos médicos e insumos. <<<<se tienen en cuenta máximos y mínimos de cada producto |
| 60 | 3 | SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE MÁXIMOS Y MÍNIMOS CON SU RESPECTIVO PUNTO DE REPOSICIÓN | REGENTE DE FARMACIA | DIARIO | 30/03/2025 | A través de la plataforma dinamica se establecen los consumos mensuales y el stock existente . A través de ello se realizan las solicitudes de abastecimiento y se c{alcula con base a ello la cantidad a solicitar. |
| 60 | 4 | GESTIÓN DE MEDICAMENTOS O INSUMOS SOLICITADOS Y QUE NO SE ENCUENTRAN CONTRATADOS | REGENTE DE FARMACIA | CUANDO SE PRESENTE FALTA DEL MEDICAMENTO O INSUMO | 30/03/2025 | de las solicitudes realizadas por parte de los servicios del hospital se genertan requerimientos de medicamentos, dispositivos médicos e insumos se genera una cotización por parte del Centro Logístico de Discolmets la cual es revisada por la Química Farmacéutica del Hospital y determina si se aprueba. Una vez aprobada se envía la solicitud a compras y se despacha si esta en su almacenamiento. |
| 61 | 1 | REVISION DE ALERTAS SANITARIAS | REFERENTE DE FARMACOVIGILANCIA | SEMANAL | 30/03/2025 | Se adjunta soporte de alertas sanitarias para el primer trimestre |
| 61 | 2 | COMPROMISO CONTRACTUAL CON EL PROVEEDOR PARA NO OFERTAR PRODUCTOS QUE TENGAN ALERTAS SANITARIAS VIGENTES | REFERENTE DE FARMACOVIGILANCIA | CADA VEZ QUE SE VA A REALIZAR CONTRATACION DE MEDICAMENTOS | 30/03/2025 | Se realiza contrato con outsourcing y se solicita compromiso de no proponer productos con alertas sanitarias. |
| 62 | 1 | VIGILANCIA ACTIVA DE POSIBLES EVENTOS O INCIDENTES RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS | REFERENTE DE FARMACOVIGILANCIA | MENSUAL | 30/03/2025 | Se realiza búsqueda activa en los servicios a través de rondas. En el mes de enero 243, febrero 205 y marzo 232. |
| 62 | 2 | DETECCION DE RIESGO DE USO INADECUADO DE OPIOIDES | TOXICOLOGA | MENSUAL | 30/03/2025 | En el trimestre se hizo seguimiento e intervinieron 138 pacientes los cuales fueron intervenidos por la toxicóloga detectando posibles riesgos con el uso de opioides |
| 62 | 3 | ANALISIS CAUSAL DE EVENTOS ADVERSOS Y EJECUCION DE PLANES DE MEJORA | REFERENTE DE FARMACOVIGILANCIA | MENSUAL | 30/03/2025 | Se realiza búsqueda activa en los servicios a través de rondas. En el mes de enero 243, febrero 205 y marzo 232. |
| 63 | 1 | MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS | NEUMOLOGÍA | CUATRIMESTRAL | 30/03/2025 | Segun cronograma de mantenimiento el 1 mantenimiento del año 2025 para los equipos biomedicos del servicio de alto riesgo obstetrico estaba programado para el mes de marzo.<br>Se adjuntan soportes de los manteniminetos |
| 63 | 2 | ENTREGA DE RECOMENDACIONES A LOS PACIENTES EN VALORACIÓN INICIAL | FISIOTERAPEUTA DE NEUMOLOGÍA | EN CADA VALORACIÓN INICIAL | 30/03/2025 | Cuando se realiza la valoracion inicial se dan las indicaciones pertinentes para que no se presenten eventos adversos, se adjunto valoracion inicial donde se evidencian las recomendaciones dadas al paciente ALVARO MARTINEZ HUERTAS:<br>"RECOMENDACIONES E INDICACIONES: SE DAN INDICACIONES AL PACIENTE PARA VENIR A TERAPIA EN ROPA CÓMODA, ZAPATILLAS, HIDRATACIÓN Y TOALLA, NO VENIR EN AYUNO, PERO CON UN PERIODO DE 2 HORAS POSTERIOR A LA INGESTA DE ALIMENTOS, NO CONSUMIR BEBIDAS ALCOHÓLICAS NI ENERGIZANTES EL DÍA DE LA TERAPIA, NO FUMAR, NO TRAER FAJAS NI PRENDAS AJUSTADAS, SI TIENE INHALADORES DEBE APLICÁRSELOS EN HORARIO ESTABLECIDO, LOS MEDICAMENTOS ORDENADOS DEBE TOMÁRSELOS SEGÚN INDICACIÓN MÉDICA, " |
| 64 | 1 | SEGUIMIENTO A LA ENTEGA DE RESULTADOS ( TEST DE EJERCICIO, BRONCOMOTRICIDAD Y POLISOMNOGRAMAS) | FISIOTERAPEUTA DE NEUMOLOGÍA | MENSUAL | 30/03/2025 | Durante el 1 trimestre del año 2025 se realizo una correcta verificacion cruzada y registro en el libro de entrega de resultados, lo que garantizo que no se presento ninguna entrega errada de resultados.<br>se adjuntan registros del 1 trimestre |
| 65 | 1 | SEGUIMIENTO A LA ENTREGA OPORTUNA DE RESULTADOS | COORDINADORA DEL SERVICIO | MENSUAL | 30/03/2025 | Durante el 1 trimestre del año 2025 se realizo entrega de todas las ecografias en un tiempo menor de 60 minutos. |
| 65 | 2 | MANTENIIMIENTOS PREVENTIVOS DE ECOGRAFOS | COORDINADORA DEL SERVICIO | SEMESTRAL | 30/03/2025 | Segun cronograma de mantenimientos para el año 2025 el primer mantenimiento estaba programado para el mes de marzo, se adjuntan soportes del mantenimiento |
| 66 | 1 | VERIFICACIÓN DE MUESTRAS RECEPCIONADAS EN EL LABORATORIO DE PATOLOGÍA Y REGISTRO EN EL LIBRO EVIDENCIA: REGISTRO EN EL LIBRO REMISION DE MUESTRAS SALAS DE CIRUGIA | AUXILIAR DE LABORATORIO DE PATOLOGÍA | DIARIO | 30/03/2025 | Asignación numeración, Adjunto libro donde se evidencia la asignación de numeración a cada muestra ingresada al servicio |
| 66 | 2 | VERIFICACIÓN DE MUESTRAS RECEPCIONADAS EN EL LABORATORIO DE PATOLOGÍA EN EL MOMENTO DE INGRESO | AUXILIAR DE LABORATORIO DE PATOLOGÍA | DIARIO | 30/03/2025 | Libro de citología donde se evidencia que las muestras fueron recepcionadas teniendo en cuenta los requerimientos según el manual. |
| 66 | 3 | ASIGNACIÓN DE NUMERACIÓN DE LAS MUESTRAS QUE CORRESPONDA A LA SOLICITUD DE PATOLOGÍA | AUXILIAR DE LABORATORIO DE PATOLOGÍA | DIARIO | 30/03/2025 | Adjunto libro ingreso, donde se evidencia la asignación de numeración a cada muestra ingresada al servicio. |
| 67 | 1 | CONTROL INTERNO DE CALIDAD PARA CITOLOGÍA Y PARA PATOLOGÍA DE MUESTRAS ALEATORIAS 10% NEGATIVOS Y 100% POSITIVOS | MEDICO PATÓLOGO Y CITO HISTÓLOGO | DIARIO | 30/03/2025 | Control de calidad de citología e histología, donde aleatoriamente se analizan el 10% de los casos negativos y el 100% de los casos positivos. |
| 67 | 2 | CONTROL EXTERNO DE CALIDAD DE MUESTRAS ALEATORIAS Y ANALIZADAS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | INSTITUTO NACIONAL DE SALUD | SEMESTRAL | 30/03/2025 | Para el primer trimestre del año no se ha realizado la solicitud de las láminas por parte de la secretaria de salud de Cundinamarca |
| 68 | 1 | CONTROL DE TEMPERATURA DE EQUIPOS | CITO HISTÓLOGO | DIARIO | 30/03/2025 | Se adjunta el control de temperatura de los equipos del servicio de patología, lo cual permite disminuir la posibilidad del daño de las muestras por fallas o alteraciones en la temperatura de los equipos |
| 68 | 2 | MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS | INGENIERO BIOMÉDICO | BIMESTRAL | 30/03/2025 | Para el primer trimestre no se presentaron mantenimientos correctivo |
| 68 | 3 | MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS EN CASO DE PRESENTARSE DESVIACIONES | INGENIERO BIOMÉDICO | A DEMANDA | 30/03/2025 | Para el primer trimestre no se presentaron mantenimientos correctivos |
| 69 | 1 | RECEPCIÓN TÉCNICA DE INSUMOS Y REACTIVOS | CITO HISTÓLOGO | A DEMANDA | 30/03/2025 | Recepción técnica de insumos donde se realiza la verificación de cada uno de los productos recibidos cumplan con las especificaciones técnicas, garantizando la calidad y seguridad del insumo |
| 69 | 2 | VERIFICACIÓN REPORTE DE ALERTA SANITARIA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS REACTIVOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS DE LA PAGINA OFICIAL DEL INVIMA | CITO HISTÓLOGO | SEMANAL | 30/03/2025 | Verificación de alertas sanitarias, donde se evidencia la verificación de las alertas sanitarias de medicamentos y dispositivos médicos del invima |
| 69 | 3 | CONTROL DE CALIDAD INTERNO DE LOS REACTIVOS | CITO HISTÓLOGO | DIARIO | 30/03/2025 | Verificación de alertas sanitarias, donde se evidencia la verificación de las alertas sanitarias de medicamentos y dispositivos médicos del invima |
| | 1 | VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DE ALISTAMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS A PACIENTES CON EL FIN DE EVITAR ERRORES EN LAS DIETAS A PACIENTES. | NUTRICIONISTA DEL ÁREA DE ALIMENTOS | DIARIO | 30/03/2025 | Durante el trimestre se realizaron verificaciones en cada uno de los servicios desde el alistamiento de los alimentos hasta la entrega de cada dieta, teniendo en cuenta los diferentes criterios a verificar.<br>Se anexa informes , mes de enero de aplicaron 27 verificaciones, febrero 26 verificaciones y marzo 26 verificaciones. |

| REFERENCIA | No CONTROL | 2 TRIMESTRE – SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025: FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|
| 59 | 1 | 30/06/2025 | Se llevó a cabo una reunión del Servicio Farmacéutico en la terraza del hospital, en la cual se abordó la importancia del control riguroso de las fechas de vencimiento de los medicamentos e insumos, como medida esencial para garantizar su eficacia y seguridad terapéutica.<br>Durante la actividad, se socializó el esquema de semaforización de productos, destacando la codificación por colores como herramienta visual para facilitar su seguimiento. En particular, se hizo énfasis en el color rojo, el cual indica productos cuya fecha de vencimiento es inferior a siete (7) meses, lo que requiere especial atención para su pronta utilización oportuna gestión.<br>Asimismo, se explicó el uso del formato institucional vigente, el cual recoge los aspectos clave para el adecuado registro y control de estos productos. Para mayor claridad, se anexa el mencionado formato al presente documento (ver formato anexo). |
| 59 | 2 | 30/06/2025 | Recepción Médica de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Otros Productos<br>Se anexa el archivo de recepción médica, en el cual se priorizan productos con fechas de vencimiento superiores a un año, siempre que sea posible.<br>Proceso de Recepción Técnica Se realiza con base en los traslados efectuados por los distintos centros logísticos de Discolmets. Los traslados se registran según el formato establecido por el hospital.<br>Dispensación Se verifica sistemáticamente la fecha de vencimiento, como parte de los 5 Correctos (medicamento correcto, dosis correcta, paciente correcto, vía correcta y momento correcto). |
| 59 | 3 | 30/06/2025 | En el Servicio Farmacéutico se realiza la identificación de los medicamentos LASA (Look-Alike / Sound-Alike), así como de aquellos clasificados como medicamentos de alto riesgo. Para facilitar su reconocimiento y manejo seguro, estos productos se marcan con cintas de color naranja y azul, respectivamente. |
| 60 | 1 | 30/06/2025 | Se realiza la solicitud con base en el consumo mensual de medicamentos, dispositivos médicos e insumos |
| 60 | 2 | 30/06/2025 | Se realiza la solicitud con base en el consumo mensual de medicamentos, dispositivos médicos e insumos. |
| 60 | 3 | 30/06/2025 | A través de la plataforma dinamica se establecen los consumos mensuales y el stock existente medicante un kardex. A través de ello se realizan las solicitudes de abastecimiento y se calcula con base a ello la cantidad a solicitar. Esto se hace semanalmente para realizar pedidos y controles de inventario. |
| 60 | 4 | 30/06/2025 | A partir de las solicitudes realizadas por los distintos servicios del hospital, se generan requerimientos de medicamentos, dispositivos médicos e insumos. Estas solicitudes son tramitadas mediante la elaboración de una cotización por parte del Centro Logístico de Discolmets, la cual es posteriormente revisada y evaluada por la Química Farmacéutica del Hospital, quien determina su viabilidad y emite la aprobación correspondiente.<br>Una vez aprobada la cotización, la solicitud es remitida al área de compras y, en caso de contar con disponibilidad en el inventario, el despacho del producto se realiza desde el almacén correspondiente. |
| 61 | 1 | 30/06/2025 | En el segundo trimestre se revisaron 64 alertas emitidas por el INVIMA y ninguna aplico. Se revisaron los lotes de suero antiofidico polivalente y la alerta no aplicaba a la institución. |
| 61 | 2 | 30/06/2025 | Se realiza contraction para la vigencia 2025 a traves de compra conjunta, en el cual desde los pliegos se solicita la condición de no ofertar productos que tengan alertas sanitarias no subsanadas. |
| 62 | 1 | 30/06/2025 | En el trimestre se realizaron 225 busquedas activas en el mes de abril, 178 en el mes de mayo y 184 en el mes de junio. |
| 62 | 2 | 30/06/2025 | En el segundo trimestre no se registra actividad porque la doctora Yuli se encuentra en licencia de maternidad |
| 62 | 3 | 30/06/2025 | Se realiza búsqueda activa en los servicios a través de rondas. En el mes de enero 243, febrero 205 y marzo 232. |
| 63 | 1 | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre del año 2025 no se realizaron mantenimientos preventivos a los equipos biomédicos del servicio de Neumologia, ya que según el cronograma, dichas actividades están programadas para el mes de septiembre. Se adjunta el cronograma correspondiente como soporte. |
| 63 | 2 | 30/06/2025 | Cuando se realiza la valoración inicial se dan las indicaciones pertinentes para que no se presenten eventos adversos, se adjunto valoración inicial donde se evidencian las recomendaciones dadas al paciente LUZ MERY HERRERA CAMARGO:<br>"RECOMENDACIONES E INDICACIONES: SE DAN INDICACIONES AL PACIENTE PARA VENIR A TERAPIA EN ROPA CÓMODA, ZAPATILLAS, HIDRATACIÓN Y TOALLA, NO VENIR EN AYUNO, PERO CON UN PERIODO DE 2 HORAS POSTERIOR A LA INGESTA DE ALIMENTOS, NO CONSUMIR BEBIDAS ALCOHÓLICAS NI ENERGIZANTES EL DÍA DE LA TERAPIA, NO FUMAR, NO TRAER FAJAS NI PRENDAS AJUSTADAS, SI TIENE INHALADORES DEBE APLICÁRSELOS EN HORARIO ESTABLECIDO, LOS MEDICAMENTOS ORDENADOS DEBE TOMÁRSELOS SEGÚN INDICACIÓN MÉDICA, " |
| 64 | 1 | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre del año 2025 se llevó a cabo una verificación cruzada adecuada y un registro oportuno en el libro de entrega de resultados. Gracias a este proceso, se garantizó que no se presentaran entregas incorrectas de resultados. Se adjuntan los registros correspondientes al segundo trimestre como soporte. |
| 65 | 1 | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre del año 2025, se logró realizar la entrega de todas las ecografías en un tiempo inferior a los 60 minutos. Como evidencia de este cumplimiento, se anexan los indicadores de seguimiento correspondientes. |
| 65 | 2 | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre del año 2025 no se realizaron mantenimientos preventivos a los equipos biomédicos del servicio de Alto Riesgo Obstétrico, ya que según el cronograma, dichas actividades están programadas para el mes de septiembre. Se adjunta el cronograma correspondiente como soporte. |
| 66 | 1 | 30/06/2025 | Asignación numeración, Adjunto libro donde se evidencia la asignación de numeración a cada muestra ingresada al servicio |
| 66 | 2 | 30/06/2025 | Libro de citología donde se evidencia que las muestras fueron recepcionadas teniendo en cuenta los requerimientos según el manual. |
| 66 | 3 | 30/06/2025 | Adjunto libro ingreso, donde se evidencia la asignación de numeración a cada muestra ingresada al servicio. |
| 67 | 1 | 30/06/2025 | Control de calidad de citología e histología, donde aleatoriamente se analizan el 10% de los casos negativos y el 100% de los casos positivos. |
| 67 | 2 | 30/06/2025 | Para el segundo trimestre del año no se ha realizado la solicitud de las láminas por parte de la secretaria de salud de Cundinamarca |
| 68 | 1 | 30/06/2025 | Se adjunta el control de temperatura de los equipos del servicio de patología, lo cual permite disminuir la posibilidad del daño de las muestras por fallas o alteraciones en la temperatura de los equipos |
| 68 | 2 | 30/06/2025 | Para el segundo trimestre no se presentaron mantenimientos correctivos |
| 68 | 3 | 30/06/2025 | Para el segundo trimestre no se presentaron mantenimientos correctivos |
| 69 | 1 | 30/06/2025 | Recepción técnica de insumos donde se realiza la verificación de cada uno de los productos recibidos cumplan con las especificaciones técnicas, garantizando la calidad y seguridad del insumo |
| 69 | 2 | 30/06/2025 | Verificación de alertas sanitarias, donde se evidencia la verificación de las alertas sanitarias de medicamentos y dispositivos médicos del invima |
| 69 | 3 | 30/06/2025 | Verificación de alertas sanitarias, donde se evidencia la verificación de las alertas sanitarias de medicamentos y dispositivos médicos del invima |
| | 1 | 30/06/2025 | Durante el II trimestre del año se realiza de manera diaria la verificación de los carro de alimentos desde el ensamblaje de los platos hasta la entrega en los servicios , verificando el cumplimiento de las indicaciones de cada una de las dietas ordenadas.<br>ABRIL: 32 verificaciones<br>MAYO : 34 verificaciones<br>JUNIO : 25 verificacione |

| REFERENCIA | No CONTROL | 3 TRIMESTRE – SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025: FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|
| 59 | 1 | 30/09/2025 | Se llevó a cabo una reunión del Servicio Farmacéutico en la terraza del hospital, en la cual se abordó la importancia del control riguroso de las fechas de vencimiento de los medicamentos e insumos, como medida esencial para garantizar su eficacia y seguridad terapéutica.<br>Durante la actividad, se socializó el esquema de semaforización de productos, destacando la codificación por colores como herramienta visual para facilitar su seguimiento. En particular, se hizo énfasis en el color rojo, el cual indica productos cuya fecha de vencimiento es inferior a siete (7) meses, lo que requiere especial atención para su pronta utilización oportuna gestión.<br>Asimismo, se explicó el uso del formato institucional vigente, el cual recoge los aspectos clave para el adecuado registro y control de estos productos. Para mayor claridad, se anexa el mencionado formato al presente documento (ver formato anexo). |
| 59 | 2 | 30/09/2025 | Recepción Médica de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Otros Productos<br>Se anexa el archivo de recepción médica, en el cual se priorizan productos con fechas de vencimiento superiores a un año, siempre que sea posible.<br>Proceso de Recepción Técnica Se realiza con base en los traslados efectuados por los distintos centros logísticos de Discolmets. Los traslados se registran según el formato establecido por el hospital.<br>Dispensación Se verifica sistemáticamente la fecha de vencimiento, como parte de los 5 Correctos (medicamento correcto, dosis correcta, paciente correcto, vía correcta y momento correcto). |
| 59 | 3 | 30/09/2025 | En el Servicio Farmacéutico se realiza la identificación de los medicamentos LASA (Look-Alike / Sound-Alike), así como de aquellos clasificados como medicamentos de alto riesgo. Para facilitar su reconocimiento y manejo seguro, estos productos se marcan con cintas de color naranja y azul, respectivamente. |
| 60 | 1 | 30/09/2025 | Se realiza la solicitud con base en el consumo mensual de medicamentos, dispositivos médicos e insumos. |
| 60 | 2 | 30/09/2025 | Se realiza la solicitud con base en el consumo mensual de medicamentos, dispositivos médicos e insumos. |
| 60 | 3 | 30/09/2025 | A través de la plataforma dinamica se establecen los consumos mensuales y el stock existente medicante un kardex. A través de ello se realizan las solicitudes de abastecimiento y se calcula con base a ello la cantidad a solicitar. Esto se hace semanalmente para realizar pedidos y controles de inventario. |
| 60 | 4 | 30/09/2025 | A partir de las solicitudes realizadas por los distintos servicios del hospital, se generan requerimientos de medicamentos, dispositivos médicos e insumos. Estas solicitudes son tramitadas mediante la elaboración de una cotización por parte del Centro Logístico de Discolmets, la cual es posteriormente revisada y evaluada por la Química Farmacéutica del Hospital, quien determina su viabilidad y emite la aprobación correspondiente.<br>Una vez aprobada la cotización, la solicitud es remitida al área de compras y, en caso de contar con disponibilidad en el inventario, el despacho del producto se realiza desde el almacén correspondiente. |
| 61 | 1 | 30/09/2025 | En el mes de julio el INVIMA reportó 13 alertas, en agosto 10 y en septiembre 15. Todas fueron revisadas y ninguna aplicaba al hospital |
| 61 | 2 | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE |
| 62 | 1 | 30/09/2025 | Se realizan 205 búsquedas activas en julio, 193 en agosto y en septiembre 235. Se realizan rondas y en el mes de septiembre se inicio búsqueda en HC con medicamentos trazadores. |
| 62 | 2 | 30/09/2025 | No se realiza actividad según cronograma |
| 62 | 3 | 30/09/2025 | Se realiza búsqueda activa en los servicios a través de rondas. En el mes de enero 243, febrero 205 y marzo 232. |
| 63 | 1 | 30/09/2025 | gDurante el tercer trimestre del año 2025 se realizaron mantenimientos preventivos a los equipos biomédicos del servicio de Neumología que estaban programado para el mes de septiembre.<br>Se adjunta soportes correspondientes de los mantenimientos. |
| 63 | 2 | 30/09/2025 | Cuando se realiza la valoración inicial se dan las indicaciones pertinentes para que no se presenten eventos adversos, se adjunto valoración inicial donde se evidencian las recomendaciones dadas al paciente GILBERTO GIL:<br>"RECOMENDACIONES E INDICACIONES: SE DAN INDICACIONES AL PACIENTE PARA VENIR A TERAPIA EN ROPA CÓMODA, ZAPATILLAS, HIDRATACIÓN Y TOALLA, NO VENIR EN AYUNO, PERO CON UN PERIODO DE 2 HORAS POSTERIOR A LA INGESTA DE ALIMENTOS, NO CONSUMIR BEBIDAS ALCOHÓLICAS NI ENERGIZANTES EL DÍA DE LA TERAPIA, NO FUMAR, NO TRAER FAJAS NI PRENDAS AJUSTADAS, SI TIENE INHALADORES DEBE APLICÁRSELOS EN HORARIO ESTABLECIDO, LOS MEDICAMENTOS ORDENADOS DEBE TOMÁRSELOS SEGÚN INDICACIÓN MÉDICA, " |
| 64 | 1 | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre del año 2025 se llevó a cabo una verificación cruzada adecuada y un registro oportuno en el libro de entrega de resultados. Gracias a este proceso, se garantizó que no se presentaran entregas incorrectas de resultados. Se adjuntan los registros correspondientes al segundo trimestre como soporte. |
| 65 | 1 | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre del año 2025, se logró realizar la entrega de todas las ecografías en un tiempo inferior a los 60 minutos. Como evidencia de este cumplimiento, se anexan los indicadores de seguimiento correspondientes. |
| 65 | 2 | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre del año 2025 se realizaron mantenimientos preventivos a los equipos biomédicos del servicio de Alto Riesgo Obstétrico que estaban programadas para el mes de septiembre<br>y se vinculó un nuevo equipo: ECOGRAFO ULTRASONIDO - Marca: GE HEALTHCAR - Modelo: VOLUSON P8 - Serie: VP8206092, el cual se encuentra en garantía hasta el 01 de julio del 2026.<br>Se adjunta los soportes correspondientes. |
| 66 | 1 | 30/09/2025 | Asignación numeración, Adjunto libro donde se evidencia la asignación de numeración a cada muestra ingresada al servicio |
| 66 | 2 | 30/09/2025 | Libro de citología donde se evidencia que las muestras fueron recepcionadas teniendo en cuenta los requerimientos según el manual. |
| 66 | 3 | 30/09/2025 | Adjunto libro ingreso, donde se evidencia la asignación de numeración a cada muestra ingresada al servicio. |
| 67 | 1 | 30/09/2025 | Control de calidad de citología e histología, donde aleatoriamente se analizan el 10% de los casos negativos y el 100% de los casos positivos. |
| 67 | 2 | 30/09/2025 | Se adjunta resultado de control de calidad externo de citología, donde la secretaria de salud de Cundinamarca evalúa al procesamiento y lectura de citologías de la institución |
| 68 | 1 | 30/09/2025 | Se adjunta el control de temperatura de los equipos del servicio de patología, lo cual permite disminuir la posibilidad del daño de las muestras por fallas o alteraciones en la temperatura de los equipos |
| 68 | 2 | 30/09/2025 | Para el tercer trimestre no se presentaron mantenimientos correctivos ya que los equipos cuentan con el mantenimiento preventivo de los equipos |
| 68 | 3 | 30/09/2025 | Para el tercer trimestre no se presentaron mantenimientos correctivos ya que los equipos cuentan con el mantenimiento preventivo de los equipos |
| 69 | 1 | 30/09/2025 | Recepción técnica de insumos donde se realiza la verificación de cada uno de los productos recibidos cumplan con las especificaciones técnicas, garantizando la calidad y seguridad del insumo |
| 69 | 2 | 30/09/2025 | Verificación de alertas sanitarias, donde se evidencia la verificación de las alertas sanitarias de medicamentos y dispositivos médicos del invima |
| 69 | 3 | 30/09/2025 | Verificación de alertas sanitarias, donde se evidencia la verificación de las alertas sanitarias de medicamentos y dispositivos médicos del invima |
| | 1 | 30/09/2025 | Durante el III trimestre del año se realiza de manera diaria la verificacion de los carros de alimentos desde el ensamblaje de los platos hasta la entrega en los servicios, verificando el cumplimiento de las indicaciones de cada una de las dietas ordenadas.<br>JULIO: 24<br>AGOSTO: 49<br>SEPTIEMBRE :22 |

| REFERENCIA | No CONTROL | 4 TRIMESTRE – SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025: FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|
| 59 | 1 | 30/12/2025 | Se llevó a cabo una reunión del Servicio Farmacéutico en la terraza del hospital, en la cual se abordó la importancia del control riguroso de las fechas de vencimiento de los medicamentos e insumos, como medida esencial para garantizar su eficacia y seguridad terapéutica.<br>Durante la actividad, se socializó el esquema de semaforización de productos, destacando la codificación por colores como herramienta visual para facilitar su seguimiento. En particular, se hizo énfasis en el color rojo, el cual indica productos cuya fecha de vencimiento es inferior a siete (7) meses, lo que requiere especial atención para su pronta utilización oportuna gestión.<br>Asimismo, se explicó el uso del formato institucional vigente, el cual recoge los aspectos clave para el adecuado registro y control de estos productos. Para mayor claridad, se anexa el mencionado formato al presente documento (ver formato anexo). |
| 59 | 2 | 30/12/2025 | Recepción Médica de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Otros Productos<br>Se anexa el archivo de recepción médica, en el cual se priorizan productos con fechas de vencimiento superiores a un año, siempre que sea posible.<br>Proceso de Recepción Técnica Se realiza con base en los traslados efectuados por los distintos centros logísticos de Discolmets. Los traslados se registran según el formato establecido por el hospital.<br>Dispensación Se verifica sistemáticamente la fecha de vencimiento, como parte de los 5 Correctos (medicamento correcto, dosis correcta, paciente correcto, vía correcta y momento correcto). |
| 59 | 3 | 30/12/2025 | En el Servicio Farmacéutico se realiza la identificación de los medicamentos LASA (Look-Alike / Sound-Alike), así como de aquellos clasificados como medicamentos de alto riesgo. Para facilitar su reconocimiento y manejo seguro, estos productos se marcan con cintas de color naranja y azul, respectivamente. |
| 60 | 1 | 30/12/2025 | Se realiza la solicitud con base en el consumo mensual de medicamentos, dispositivos médicos e insumos. |
| 60 | 2 | 30/12/2025 | Se realiza la solicitud con base en el consumo mensual de medicamentos, dispositivos médicos e insumos. |
| 60 | 3 | 30/12/2025 | A través de la plataforma dinamica se establecen los consumos mensuales y el stock existente medicante un kardex. A través de ello se realizan las solicitudes de abastecimiento y se calcula con base a ello la cantidad a solicitar. Esto se hace semanalmente para realizar pedidos y controles de inventario. |
| 60 | 4 | 30/12/2025 | En el cuarto trimestre del año 2025 no se realizaron solicitudes de cotización para gestión de medicamentos e insumos |
| 61 | 1 | 30/12/2025 | Se revisa semanalmente las alertas sanitarias y se socializan en el comite de farmacovigilancia |
| 61 | 2 | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE |
| 62 | 1 | 30/12/2025 | Se realizaron 282 busquedas activas en el mes de octubre, 195 en el mes de noviembre y 165 en el mes de diciembre. |
| 62 | 2 | 30/12/2025 | No se realiza actividad según cronograma |
| 62 | 3 | 30/12/2025 | Se realiza búsqueda activa en los servicios a través de rondas. En el mes de enero 243, febrero 205 y marzo 232. |
| 63 | 1 | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre del año 2025 se encuentran programados de los mantenimientos preventivos del polisomnogramas para el mes de octubre, espirómetro y termohigrómetro para el mes de diciembre del servicio de neumología. El equipo ESPIROMETRO - marca: MIR - Modelo: SPIROBANK II - Serie:A23-0Y-20357 esta programado para dicho mantenimiento del 15 de diciembre al 22 de diciembre. |
| 63 | 2 | 30/12/2025 | Cuando se realiza la valoración inicial se dan las indicaciones pertinentes para que no se presenten eventos adversos, se adjunto valoración inicial donde se evidencian las recomendaciones dadas al paciente LUZ STELLA MENDOZA REYES:<br>"RECOMENDACIONES E INDICACIONES: SE DAN INDICACIONES AL PACIENTE PARA VENIR A TERAPIA EN ROPA CÓMODA, ZAPATILLAS, HIDRATACIÓN Y TOALLA, NO VENIR EN AYUNO, PERO CON UN PERIODO DE 2 HORAS POSTERIOR A LA INGESTA DE ALIMENTOS, NO CONSUMIR BEBIDAS ALCOHÓLICAS NI ENERGIZANTES EL DÍA DE LA TERAPIA, NO FUMAR, NO TRAER FAJAS NI PRENDAS AJUSTADAS, SI TIENE INHALADORES DEBE APLICÁRSELOS EN HORARIO ESTABLECIDO, LOS MEDICAMENTOS ORDENADOS DEBE TOMÁRSELOS SEGÚN INDICACIÓN MÉDICA, " |
| 64 | 1 | 30/12/2025 | En el cuarto trimestre del año 2025 se llevó a cabo una verificación cruzada adecuada y un registro oportuno en el libro de entrega de resultados. Gracias a este proceso, se garantizó que no se presentaran entregas incorrectas de resultados. Se adjuntan los registros correspondientes al cuarto trimestre como soporte. |
| 65 | 1 | 30/12/2025 | En el cuarto trimestre del año 2025, se logró realizar la entrega de todas las ecografías en un tiempo inferior a los 60 minutos. Como evidencia de este cumplimiento, se anexan los indicadores de seguimiento correspondientes. |
| 65 | 2 | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre del año 2025 se realizaron mantenimiento preventivo al equipo biomédico Termohigrómetro del servicio de Alto Riesgo Obstétrico, ya que según el cronograma esta para el mes de diciembre. Igualmente el un nuevo equipo: ECOGRAFO ULTRASONIDO - Marca: GE HEALTHCAR - Modelo: VOLUSON P8 - Serie: VP8206092, el cual se encuentra en garantía hasta el 01 de julio del 2026.<br>Se adjunta el cronograma correspondiente como soporte |
| 66 | 1 | 30/12/2025 | Asignación numeración, Adjunto libro donde se evidencia la asignación de numeración a cada muestra ingresada al servicio |
| 66 | 2 | 30/12/2025 | Libro de citología donde se evidencia que las muestras fueron recepcionadas teniendo en cuenta los requerimientos según el manual. |
| 66 | 3 | 30/12/2025 | Adjunto libro ingreso, donde se evidencia la asignación de numeración a cada muestra ingresada al servicio. |
| 67 | 1 | 30/12/2025 | Control de calidad de citología e histología, donde aleatoriamente se analizan el 10% de los casos negativos y el 100% de los casos positivos. |
| 67 | 2 | 30/12/2025 | Para el cuarto trimestre del año no se ha realizado la solicitud de las láminas por parte de la secretaria de salud de Cundinamarca |
| 68 | 1 | 30/12/2025 | Se adjunta el control de temperatura de los equipos del servicio de patología, lo cual permite disminuir la posibilidad del daño de las muestras por fallas o alteraciones en la temperatura de los equipos |
| 68 | 2 | 30/12/2025 | Para el cuarto trimestre no se presentaron mantenimientos correctivos ya que los equipos cuentan con el mantenimiento preventivo de los equipos |
| 68 | 3 | 30/12/2025 | Para el cuarto trimestre no se presentaron mantenimientos correctivos ya que los equipos cuentan con el mantenimiento preventivo de los equipos |
| 69 | 1 | 30/12/2025 | Recepción técnica de insumos donde se realiza la verificación de cada uno de los productos recibidos cumplan con las especificaciones técnicas, garantizando la calidad y seguridad del insumo |
| 69 | 2 | 30/12/2025 | Verificación de alertas sanitarias, donde se evidencia la verificación de las alertas sanitarias de medicamentos y dispositivos médicos del invima |
| 69 | 3 | 30/12/2025 | Verificación de alertas sanitarias, donde se evidencia la verificación de las alertas sanitarias de medicamentos y dispositivos médicos del invima |
| | 1 | 30/12/2025 | Durante el IV trimestre del año se realiza de manera diaria la verificacion de los carros de alimentos desde el ensamblaje de los platos hasta la entrega en los servicios, verificando el cumplimiento de las indicaciones de cada una de las dietas ordenadas.<br>OCTUBRE: 26<br>NOVIEMBRE: 21<br>DICIEMBRE: 33 |

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

**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

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 70 | AMBULATORIO / NUTRICIÓN | REPUTACIONAL | Falta de adherencia al procedimiento de solicitud y distribución de alimentos a los pacientes y del funcionamiento del servicio de alimentos. | Demora o no prescripción médica mientras se define conducta, ausencia de la lista de Nada Vía 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<br>Complicaciones asociadas a la estancia hospitalaria | USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 71 | AMBULATORIO / NUTRICIÓN | REPUTACIONAL | Falta de adherencia al proceso de suministro de dietas enterales / soporte nutricional | Demora en la solicitud de acuerdo a la prescripción por nutrición de soporte nutricional | POSIBILIDAD DE AFECTACIÓN DEL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE PACIENTES DEBIDO A LA CONTINUIDAD DE SOPORTE NUTRICIONAL DE ACUERDO A LA CONDICIÓN DE SALUD | Estancias prolongadas<br>Complicaciones asociadas a la estancia hospitalaria | RIESGO EN SALUD | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 72 | AMBULATORIO / CARDIOLOGÍA | REPUTACIONAL | 1. CONDICIONES DEL USUARIO QUE PUEDAN AFECTAR SU EQUILIBRIO:<br>ALTERACIÓN DE LA MARCHA<br>ALTERACIONES VISUALES<br>USUARIOS CON ALGUNA CONDICIÓN ESPECIAL(DISCAPACIDAD) | 1. SILLAS, CAMILLAS Y CAMAS EN CONDICIONES INADECUADAS (SIN FRENOS, BARANDAS ABAJO O DAÑADAS ).<br>2, USUARIOS SIN ACOMPAÑAMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL ENCARGADO(AUXILIAR DE ENFERMERÍA, CAMILLERO) O FAMILIAR.<br>3, NO IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DEL PACIENTE EN MANILLA DE IDENTIFICACIÓN<br>4 CONDICIONES INADECUADAS DEL PISO(MOJADO O CON MUCHA CERA) | POSIBILIDAD DE CAÍDA DE PACIENTE EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA | EVENTO ADVERSO O INCIDENTE | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 73 | AMBULATORIO / CARDIOLOGÍA | REPUTACIONAL | 1. DATOS INCOMPLETOS DEL USUARIO O PACIENTE A QUIEN SE LE REALIZO EL ESTUDIO.<br>2. PERDIDA DEL VOLANTE DE ENTREGA DEL ESTUDIO | 1. FALLAS EN LA VERIFICACIÓN DE PACIENTE CORRECTO AL ENTREGAR LOS RESULTADO.<br>2. FALLAS EN LA VERIFICACIÓN DEL ESTUDIO CORRECTO AL ENTREGAR LOS RESULTADO.<br>3.NO CONTAR CON INSTRUCTIVOS O PROCEDIMIENTOS CLAROS. | POSIBILIDAD DE ENTREGA EQUIVOCADA DE RESULTADOS DE ESTUDIOS DE APOYO DIAGNOSTICO. | EVENTO ADVERSO<br>DIAGNOSTICOS ERRADOS<br>TRATAMIENTO INADECUADO | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 74 | AMBULATORIO / CARDIOLOGÍA | REPUTACIONAL | 1. DATOS INCOMPLETOS DEL USUARIO O PACIENTE A QUIEN SE LE REALIZO EL ESTUDIO.<br>2. PERDIDA DEL VOLANTE DE ENTREGA DEL ESTUDIO | 1. FALLAS EN LA VERIFICACIÓN DE PACIENTE CORRECTO AL ENTREGAR LOS RESULTADO.<br>2. FALLAS EN LA VERIFICACIÓN DEL ESTUDIO CORRECTO AL ENTREGAR LOS RESULTADO.<br>3.NO CONTAR CON INSTRUCTIVOS O PROCEDIMIENTOS CLAROS. | POSIBILIDAD DE INCORRECTA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA | EVENTO ADVERSO<br>DIAGNOSTICOS ERRADOS<br>TRATAMIENTO INADECUADO | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 75 | AMBULATORIO / TERAPIA FÍSICA | REPUTACIONAL | FACTORES ASOCIADOS AL COMPORTAMIENTO Y ESTRUCTURAS ANATÓMICAS DEL PACIENTE | 1. FALTA DE ACOMPAÑAMIENTO O FALLAS EN LA INFRAESTRUCTURA | POSIBILIDAD DE RIESGO DE CAÍDAS EN EL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA | EVENTO ADVERSO O INCIDENTE | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | LEVE | 20% | ALTA |
| 76 | AMBULATORIO / TERAPIA FÍSICA | REPUTACIONAL | INASISTENCIA DE LOS PACIENTES AL SERVICIO | INOPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS<br>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 | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 77 | AMBULATORIO / TERAPIA FÍSICA | 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 FÍSICA | EVENTO ADVERSO O INCIDENTE | USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS | PROCESO | MUY ALTA | 100% | LEVE | 20% | ALTA |
| 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<br>COMPLICACIONES RELACIONADAS EN LA ATENCIÓN DE TERAPIA | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |

**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 | No CONTROL | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | ATRIBUTOS TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 70 | 2 | SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO "SOLICITUD Y DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS A PACIENTES"<br>QUIEN: SUPERVISORA DEL ÁREA DE COCINA, Y NUTRICIONISTA<br>PERIODICIDAD: DIARIO<br>EVIDENCIA: FORMATO DE SOLICITUD DE DIETAS | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 49% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR |
| 70 | 3 | CAPACITACIONES SOBRE LOS PROCESOS INTERNOS DE NUTRICIÓN AL PERSONAL DE SERVICIO DE ALIMENTOS<br>QUIEN: OPERARIO DE COCINA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: PERSONAL DE NUTRICIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 71 | 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"<br>QUIEN: ÁREA DE NUTRICIÓN<br>PERIODICIDAD: DIARIO<br>EVIDENCIA: REGISTRO EN EL FORMATO NT-FT-02 FORMATO DE SEGUIMIENTO AL TRATAMIENTO NUTRICIONAL | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 56% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR |
| 71 | 2 | CAPACITACIONES SOBRE LOS PROCESOS INTERNOS DE NUTRICIÓN AL PERSONAL ASISTENCIAL<br>QUIEN: ÁREA DE NUTRICIÓN<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACTAS DE SOCIALIZACIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 34% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 72 | 1 | SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE CAÍDAS E IDENTIFICARON DEL PACIENTE AL PERSONAL DE CARDIOLOGÍA.<br>QUIEN: REFERENTE DE CARDIOLOGÍA<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: LISTADO DE ASISTENCIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR |
| 72 | 2 | VERIFICACION DE CAIDA DE PACIENTES MEDIANTE LISTA DE CHEQUEO DE PREVENCION DE CAIDAS<br>QUIEN: PERSONAL DE CARDIOLOGIA<br>CUANDO: MENSUAL<br>EVIDENCIA : LISTA DE CHEQUEO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 72 | 2 | SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO<br>QUIEN: REFERENTE DE CARDIOLOGÍA E INGENIERO BIOMÉDICO<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: HOJAS DE VIDA DE LOS EQUIPOS<br>DESVIACIÓN DEL CONTROL: POSIBLES FALLAS DE LOS EQUIPOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 73 | 1 | SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES<br>REFERENTE DE CARDIOLOGÍA<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACTA, LISTADO DE ASISTENCIA Y PÓSTEST | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR |
| 73 | 2 | APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO ADHERENCIA A LA CORRECTA ENTREGA DE REPORTES<br>EVIDENCIA LISTA DE CHEQUEO<br>PERIODICIDAD: MENSUAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 74 | 1 | SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE AL PERSONAL DE CARDIOLOGÍA.<br>REFERENTE DE CARDIOLOGÍA<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACTA, LISTADO DE ASISTENCIA Y PÓSTEST | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR |
| 74 | 2 | APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO ADHERENCIA A LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE<br>EVIDENCIA LISTA DE CHEQUEO<br>PERIODICIDAD: MENSUAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 0% | LEVE | BAJO | |
| 75 | 1 | SEGUIMIENTO AL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS PARA DISMINUIR EL RIESGO DE CAÍDAS EN EL SERVICIO.<br>QUIEN: TERAPEUTA FÍSICA ASIGANADA O AUXILIAR DE TERAPIA<br>CUANDO: CUATRIMESTRAL<br>REGISTRO: INFORME DE MANTENIMIENTO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 60% | MEDIA | 20% | LEVE | BAJO | TRASLADAR /REDUCIR |
| 75 | 2 | ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PACIENTES QUE PUEDEN PRESENTAR RIESGO DE CAÍDAS<br>QUIEN: AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE TERAPIA FÍSICA<br>CUANDO: DIARIAMENTE | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 36% | BAJA | 20% | LEVE | | |
| 76 | 1 | ASIGNACIÓN DE CITAS A PACIENTES QUE REQUIEREN TERAPIA FÍSICA ORDENADO POR ESPECIALISTA O MEDICO GENERAL<br>CUANDO: DIARIAMENTE<br>QUIEN: CENTRAL DE CITAS<br>COMO: SE ASIGNAN POR MEDIO DE SISTEMA DE ASIGNACIÓN DE CITAS<br>EVIDENCIA: ORDEN MEDICA Y AUTORIZACIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR |
| 76 | 2 | TRATAMIENTO TERAPÉUTICO A PACIENTES QUE REQUIEREN DEL SERVICIO POR ORDEN MEDICA<br>CUANDO: DIARIAMENTE<br>QUIEN: TERAPEUTA FÍSICA<br>COMO: SE REALIZA INGRESO, VALORACIÓN, Y TRATAMIENTO ESTABLECIDO SEGÚN PATOLOGÍA<br>EVIDENCIA: EVOLUCIÓN EN HISTORIA CLÍNICA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | | MODERADO | | |
| 76 | 3 | SEGUIMIENTO A CITAS DE TERAPIA FISICA<br>MENSUAL<br>EVIDENCIA: EXCEL DE SEGUIMIENTO A CITAS DE TERAPIA FISICA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución | 28% | BAJA | | MODERADO | | |
| 76 | 4 | ENTREGA PLAN CASERO PARA REALIZAR TRATAMIENTO EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE QUE NO PUEDEN ASISTIR CONTINUAMENTE A LA INSTITUCIÓN<br>QUIEN: TERAPEUTA FÍSICA O AUXILIAR DE TERAPIAS<br>CUANDO: CADA VEZ QUE SE IDENTIFIQUE LA NECESIDAD<br>EVIDENCIA : REGISTRADO EN LA HISTORIA CLÍNICA | CORRECTIVO 10% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 25% | DOCUMENTADO | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 45% | MODERADO | | |
| 77 | 1 | IDENTIFICACION DE PATOLOGIAS DE PACIENTES QUE PUEDAN PRESENTAR SENSIBILIDAD A NIVEL INTEGUMENTARIO.<br>QUIEN: TERAPEUTA FÍSICA, AUXILIAR DE TERAPIAS<br>CUANDO: CUANDO EL PACIENTE INGRESA POR PRIMER VEZ Y SE REALIZA VALORACIÓN INICIAR<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE ATENCIÓN MENSUAL CON OBSERVACIONES DE SENSIBILIDAD | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 60% | MEDIA | 20% | LEVE | BAJO | TRASLADAR /REDUCIR |
| 77 | 2 | MANTENIMIENTO DEL HIDROCOLECTOR Y TANQUE DE PARAFINA<br>QUIEN: BIOMÉDICO<br>CUANDO: CUATRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: HOJA DE VIDA DEL EQUIPO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución | 36% | BAJA | 20% | LEVE | | |
| 78 | 1 | CAPACITACION DEL PERSONAL EN TEMAS RELACIONADOS A SEGURIDAD DEL PACIENTE Y NECESIDADES DEL SERVICIO<br>QUIEN: LIDER DE TERAPIA RESPIRATORIA<br>CUANDO: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA:ACTA DE SOCIALIZACIÓN , LISTADOS DE ASISTENCIA. | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR |
| 78 | 2 | REVISIÓN DE CARROS DE PARO POR LOS DIFERENTES SERVICIOS<br>QUIEN: TERAPEUTA LIDER DEL SERVICIO EN COMPAÑIA DEL SERVICIO<br>CUANDO: MENSUAL<br>EVIDENCIA: ACTA DE REVISIÓN CARRO DE PARO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 78 | 3 | CALIBRACIONES DE LA MAQUINA DE GASES ARTERIALES<br>QUIEN: TERAPEUTA AREA DE HOSPITALIZACIÓN TURNO MAÑANA<br>CUANDO: DIARIA<br>EVIDENCIA: LIBRO DE CONSOLIDACIÓN DE TIRILLAS Y ACTA MENSUAL CON LA DESCRIPCION DE LAS DESVIACIONES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | |

**PLAN DE ACCION:** se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia.

| REFERENCIA | No CONTROL | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD |
|---|---|---|---|---|
| 70 | 2 | SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO "SOLICITUD Y DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS A PACIENTES" | SUPERVISORA DEL ÁREA DE COCINA, Y NUTRICIONISTA | DIARIO |
| 70 | 3 | CAPACITACIONES EN EL PROCEDIMIENTO SOLICITUD Y SUMINISTRO DE DIETAS, | OPERARIO DE COCINA | TRIMESTRAL |
| 71 | 1 | VERIFICAR EL SUMINISTRO DE ACUERDO A LO INDICADO POR EL ÁREA DE NUTRICIÓN, | NUTRICIÓN | DIARIO |
| 71 | 2 | SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO NUTRICIÓN ENTERAL A PERSONAL ASISTENCIAL QUE INTERVIENE EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN | NUTRICIÓN | SEMESTRAL |
| 72 | 1 | REALIZAR SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE CAÍDAS E IDENTIFICARON DEL PACIENTE AL PERSONAL DE CARDIOLOGÍA. | REFERENTE DE CARDIOLOGÍA | SEMESTRAL |
| 72 | 2 | VERIFICACION DE CAIDA DE PACIENTES MEDIANTE LISTA DE CHEQUEO DE PREVENCION DE CAIDAS | REFERENTE DE CARDIOLOGÍA | MENSUAL |
| 72 | 2 | REALIZAR SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO | REFERENTE DE CARDIOLOGÍA E INGENIERO BIOMÉDICO | MENSUAL |
| 73 | 1 | SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES | JEFE DE CALIDAD DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA | SEMESTRAL |
| 73 | 2 | APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO ADHERENCIA A LA CORRECTA ENTREGA DE REPORTES | JEFE DE CALIDAD DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA | MENSUAL |
| 74 | 1 | SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE AL PERSONAL DE CARDIOLOGÍA. | JEFE DE CALIDAD DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA | SEMESTRAL |
| 74 | 2 | APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO ADHERENCIA A LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | JEFE DE CALIDAD DEL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA | MENSUAL |
| 75 | 1 | SEGUIMIENTO AL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS PARA DISMINUIR EL RIESGO DE CAÍDAS EN EL SERVICIO. | TERAPEUTA FÍSICA ASIGANADA O AUXILIAR DE TERAPIA | CUATRIMESTRAL |
| 75 | 2 | REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO A PACIENTES DE TERAPIA FÍSICA | TERAPEUTA FÍSICA O AUXILIAR DE TERAPIA | DIARIAMENTE |
| 76 | 1 | ASIGNAR CITAS OPORTUNAMENTE | CENTRAL DE CITAS | DIARIAMENTE |
| 76 | 2 | REALIZAR TRATAMIENTO TERAPÉUTICO A PACIENTES QUE REQUIEREN DEL SERVICIO POR ORDEN MEDICA | TERAPEUTA FÍSICA | DIARIAMENTE |
| 76 | 3 | SEGUIMIENTO A CITAS DE TERAPIA FISICA | TERAPEUTA FÍSICA | MENSUAL |
| 76 | 4 | ENTREGAR PLAN CASERO PARA REALIZAR TRATAMIENTO EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE QUE NO PUEDEN ASISTIR CONTINUAMENTE A LA INSTITUCIÓN | TERAPEUTA FÍSICA O AUXILIAR DE TERAPIA | CADA VEZ QUE SE IDENTIFIQUE LA NECESIDAD |
| 77 | 1 | IDENTIFICACION DE PATOLOGIAS DE PACIENTES QUE PUEDAN PRESENTAR SENSIBILIDAD A NIVEL INTEGUMENTARIO. | TERAPEUTA FÍSICA O AUXILIAR DE TERAPIA | CUANDO EL PACIENTE INGRESA POR PRIMER VEZ Y SE REALIZA VALORACIÓN INICIAR |
| 77 | 2 | REALIZAR MANTENIMIENTO DEL HIDROCOLECTOR Y TANQUE DE PARAFINA | BIOMÉDICO | MENSUALMENTE |
| 78 | 1 | CAPACITACION DEL PERSONAL EN TEMAS RELACIONADOS A SEGURIDAD DEL PACIENTE Y NECESIDADES DEL SERVICIO | LIDER DE TERAPIA RESPIRATORIA | MENSUAL |
| 78 | 2 | REVISIÓN DE CARROS DE PARO POR LOS DIFERENTES SERVICIOS | TERAPEUTA LIDER DEL SERVICIO EN COMPAÑIA DEL SERVICIO | MENSUAL |
| 78 | 3 | CALIBRACIONES DE LA MAQUINA DE GASES ARTERIALES | TERAPEUTA AREA DE HOSPITALIZACIÓN TURNO MAÑANA | DIARIA |

| REFERENCIA | No CONTROL | 1 TRIMESTRE<br>SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025<br>FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | 2 TRIMESTRE<br>SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025<br>FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | 3 TRIMESTRE<br>SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025<br>FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | 4 TRIMESTRE<br>SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025<br>FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 70 | 2 | 30/03/2025 | Durante el trimestre se realiza la verificación del cumplimiento del procedimiento de solicitud y distribución de dietas por cada uno de los servicios, a continuación e relaciona mensualmente el numero de dietas suministradas.<br>MES DE ENERO<br>REANIMACION 31 , OBS. URGENCIAS 2030 , RESP. ADULTO 0, QUIRURGICAS 2009, URG. GINECOLOGICAS 196, SALA DE PARTOS 144, HOSP. GINECOLOGIA 943, PEDIATRIA 814, URG. PEDIATRICAS 273, RESP. PEDIATRIA 0, UCI 3 PISO 0, MEDICINA INTERNA 2692, UCI 4 PISO 445, UMI NORTE 1527, UMI SUR 0, UCI 5 PISO 182 TOTAL 11.286<br>MES DE FEBRERO<br>REANIMACION 26 , OBS. URGENCIAS 1555 , RESP. ADULTO 22, QUIRURGICAS 1723, URG. GINECOLOGICAS 135, SALA DE PARTOS 125, HOSP. GINECOLOGIA 786, PEDIATRIA 765, URG. PEDIATRICAS 266, RESP. PEDIATRIA 0, UCI 3 PISO 0, MEDICINA INTERNA 2331, UCI 4 PISO 502, UMI NORTE 974, UMI SUR 20, UCI 5 PISO 171 TOTAL: 9.401<br>MES DE MARZO<br>REANIMACION 25 , OBS. URGENCIAS 1982 , RESP. ADULTO 0, QUIRURGICAS 1973, URG. GINECOLOGICAS 174, SALA DE PARTOS 245, HOSP. GINECOLOGIA 973, PEDIATRIA 950, URG. PEDIATRICAS 377, RESP. | 30/06/2025 | Durante el II trimestre se realiza la verificación del cumplimiento del procedimiento de solicitud y distribución de dietas por cada uno de los servicios, a continuación e relaciona mensualmente el numero de dietas suministradas.<br>MES DE ABRIL<br>REANIMACION 42 , OBS. URGENCIAS 2344 , RESP. ADULTO 030 QUIRURGICAS 2156, URG. GINECOLOGICAS 137, SALA DE PARTOS 173, HOSP. GINECOLOGIA 931, PEDIATRIA 670, URG. PEDIATRICAS 327, RESP. PEDIATRIA 0, UCI 3 PISO 0, MEDICINA INTERNA 2651, UCI 4 PISO 462, UMI NORTE 1572, UMI SUR 5, UCI 5 PISO 385 TOTAL 11.885<br>MES DE MAYO<br>REANIMACION 38 , OBS. URGENCIAS 2279 , RESP. ADULTO 0, QUIRURGICAS 2072, URG. GINECOLOGICAS 125, SALA DE PARTOS 164, HOSP. GINECOLOGIA 1071, PEDIATRIA 917, URG. PEDIATRICAS 364, RESP. PEDIATRIA 0, UCI 3 PISO 0, MEDICINA INTERNA 2666, UCI 4 PISO 397, UMI NORTE 1565, UMI SUR 0, UCI 5 PISO 458 TOTAL: 12.116<br>MES DE JUNIO<br>REANIMACION 24 , OBS. URGENCIAS 2150 , RESP. ADULTO 0, QUIRURGICAS 1978, URG. GINECOLOGICAS 152, SALA DE PARTOS 173, HOSP. GINECOLOGIA 930, PEDIATRIA 1132, URG. PEDIATRICAS 594, | 30/09/2025 | Durante el III trimestre se realiza la verificación del cumplimiento del procedimiento de solicitud y distribución de dietas por cada uno de los servicios, a continuación e relaciona mensualmente el numero de dietas suministradas.<br>MES DE JULIO<br>REANIMACION 21 , OBS. URGENCIAS 2102 , RESP. ADULTO 0, QUIRURGICAS 1910, URG. GINECOLOGICAS 159, SALA DE PARTOS 157, HOSP. GINECOLOGIA 841, PEDIATRIA 910, URG. PEDIATRICAS 426, RESP. PEDIATRIA 0, UCI 3 PISO 0, MEDICINA INTERNA 2293, UCI 4 PISO 395, UMI NORTE 1402, UMI SUR 0, UCI 5 PISO 285 TOTAL 10.901<br>MES DE AGOSTO<br>REANIMACION 27 , OBS. URGENCIAS 1832 , RESP. ADULTO 0, QUIRURGICAS 1875, URG. GINECOLOGICAS 129, SALA DE PARTOS 173, HOSP. GINECOLOGIA 985, PEDIATRIA 871, URG. PEDIATRICAS 354, RESP. PEDIATRIA 0, UCI 3 PISO 0, MEDICINA INTERNA 2187, UCI 4 PISO 377, UMI NORTE 1320, UMI SUR 2, UCI 5 PISO 270 TOTAL 10.402<br>MES DE SEPTIEMBRE<br>REANIMACION 28 , OBS. URGENCIAS 1910 , RESP. ADULTO 0, QUIRURGICAS 1905, URG. GINECOLOGICAS 139, SALA DE PARTOS 185, HOSP. GINECOLOGIA 934, PEDIATRIA 929, URG. PEDIATRICAS 352, RESP. | 30/12/2025 | Durante el IV trimestre se realiza la verificación del cumplimiento del procedimiento de solicitud y distribución de dietas por cada uno de los servicios, a continuación e relaciona mensualmente el numero de dietas suministradas.<br>MES DE OCTUBRE<br>REANIMACION 15 , OBS. URGENCIAS 1936 , RESP. ADULTO 27, QUIRURGICAS 2169, URG. GINECOLOGICAS 158, SALA DE PARTOS 159, HOSP. GINECOLOGIA 913, PEDIATRIA 866, URG. PEDIATRICAS 270, RESP. PEDIATRIA 3, 3 PISO 60, MEDICINA INTERNA 2377, UCI 4 PISO 428, UMI NORTE 1352, UMI SUR 1305, UCI 5 PISO 351 TOTAL 12.389<br>MES DE NOVIEMBRE<br>REANIMACION 27 , OBS. URGENCIAS 1914 , RESP. ADULTO 124, QUIRURGICAS 1736, URG. GINECOLOGICAS 173, SALA DE PARTOS 192, HOSP. GINECOLOGIA 935, PEDIATRIA 741, URG. PEDIATRICAS 363, RESP. PEDIATRIA 7, 3 PISO 75, MEDICINA INTERNA 2101, UCI 4 PISO 386, UMI NORTE 1486, UMI SUR 1079, UCI 5 PISO 335 TOTAL 11.671<br>MES DE DICIEMBRE<br>REANIMACION 80 , OBS. URGENCIAS 1980 , RESP. ADULTO 40, QUIRURGICAS 2001, URG. GINECOLOGICAS 169, SALA DE PARTOS 199, |
| 70 | 3 | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre se realizaron capacitaciones mensuales al personal operario del servicio de alimentos , a continuación se relacionan los temas que se abordaron concernientes al proceso<br>Enero: Se realiza capacitación el día 20 de enero , sobre el manual de dietas, en donde participaron 16 auxiliares de cocina.<br>Febrero: Se realiza capacitación el día 28 de febrero sobre los tipos de dieta de acuerdo al manual de dietas que se implemento en la institución , participaron 19 operario del servicio.<br>Marzo: Se realiza capacitación el día 28 de marzo, sobre la diferencia entre os diferentes tipos de dietas, en donde participaron 21 operarios del servicio de alimentos.<br>Se adjuntan soportes capacitación - acta y asistencia. | 30/06/2025 | Durante el II trimestre se realizaron tres capacitaciones dirigidas al personal del servicio de alimentos, en los siguientes temas:<br>Abril 08 de 2025: Diferencias entre las dietas Inmunosuprimida, Dietas con modificaciones especiales y modificadas en fibra, en donde participaron 19 contratistas.<br>Mayo 28 de 2025: Características diferentes tipos de dietas , segmento N° 5 , en donde participaron 17 contratistas.<br>Junio 24 de 2025: Modificaciones y características según el tipo de dieta segunda parte, en donde participaron 17 contratistas.<br>Se adjunta acta con su respectiva planilla de asistencia . | 30/09/2025 | Durante el III trimestre se realziaron caoacitaciones del proceso interno del servicio de aliemntos al personaloperativo del area, en los siguientes temas:<br>JULIO 15 DE 2025: Tema: aplicacion metodo PEPS, ( primero en entrar - primero en salir) para la rotacion adecuado de los productos en el servicio.<br>AGOSTO 20 de 2025: Relación con la restricción hídrica en pacientes hospitalizados, garantizando<br>la adecuada preparación, distribución y control de líquidos en las dietas, en cumplimiento con la prescripción médica.<br>SEPTIEMBRE 19 de 2025: Garantizar una correcta dosificación, higiene y control de calidad en el proceso, con el fin de contribuir a la recuperación nutricional segura y efectiva de los pacientes. | 30/12/2025 | Durante el IV trimestre se realziaron caoacitaciones del proceso interno del servicio de aliemntos al personaloperativo del area, en los siguientes temas:<br>OCTURE 16 DE 2025: Tema: Codiciones de salud del personal manipulador de alimentos.<br>NOVIEMBRE 14 de 2025: Inocuidad de los alimentos y cumplimiento de las normas de seguridad.<br>DICIEMBRE 16 de 2025: Consistencia de los alimentos. |
| 71 | 1 | 30/03/2025 | Durante el trimestre se realiza la verificación del cumplimiento del procedimiento de solicitud y distribución de dietas por cada uno de los servicios, a continuación e relaciona mensualmente el numero de dietas suministradas.<br>MES DE ENERO<br>REANIMACION 31 , OBS. URGENCIAS 2030 , RESP. ADULTO 0, QUIRURGICAS 2009, URG. GINECOLOGICAS 196, SALA DE PARTOS 144, HOSP. GINECOLOGIA 943, PEDIATRIA 814, URG. PEDIATRICAS 273, RESP. PEDIATRIA 0, UCI 3 PISO 0, MEDICINA INTERNA 2692, UCI 4 PISO 445, UMI NORTE 1527, UMI SUR 0, UCI 5 PISO 182 TOTAL 11.286<br>MES DE FEBRERO<br>REANIMACION 26 , OBS. URGENCIAS 1555 , RESP. ADULTO 22, QUIRURGICAS 1723, URG. GINECOLOGICAS 135, SALA DE PARTOS 125, HOSP. GINECOLOGIA 786, PEDIATRIA 765, URG. PEDIATRICAS 266, RESP. PEDIATRIA 0, UCI 3 PISO 0, MEDICINA INTERNA 2331, UCI 4 PISO 502, UMI NORTE 974, UMI SUR 20, UCI 5 PISO 171 TOTAL: 9.401<br>MES DE MARZO<br>REANIMACION 25 , OBS. URGENCIAS 1982 , RESP. ADULTO 0, QUIRURGICAS 1973, URG. GINECOLOGICAS 174, SALA DE PARTOS 245, HOSP. GINECOLOGIA 973, PEDIATRIA 950, URG. PEDIATRICAS 377, RESP. PEDIATRIA 0, UCI 3 PISO 0, MEDICINA INTERNA 2598, UCI 4 PISO 662, | 30/06/2025 | Durante el II trimestre se realiza la verificación del cumplimiento del procedimiento de solicitud y distribución de dietas por cada uno de los servicios, a continuación e relaciona mensualmente el numero de dietas suministradas.<br>MES DE ABRIL<br>REANIMACION 42 , OBS. URGENCIAS 2344 , RESP. ADULTO 030 QUIRURGICAS 2156, URG. GINECOLOGICAS 137, SALA DE PARTOS 173, HOSP. GINECOLOGIA 931, PEDIATRIA 670, URG. PEDIATRICAS 327, RESP. PEDIATRIA 0, UCI 3 PISO 0, MEDICINA INTERNA 2651, UCI 4 PISO 462, UMI NORTE 1572, UMI SUR 5, UCI 5 PISO 385 TOTAL 11.885<br>MES DE MAYO<br>REANIMACION 38 , OBS. URGENCIAS 2279 , RESP. ADULTO 0, QUIRURGICAS 2072, URG. GINECOLOGICAS 125, SALA DE PARTOS 164, HOSP. GINECOLOGIA 1071, PEDIATRIA 917, URG. PEDIATRICAS 364, RESP. PEDIATRIA 0, UCI 3 PISO 0, MEDICINA INTERNA 2666, UCI 4 PISO 397, UMI NORTE 1565, UMI SUR 0, UCI 5 PISO 458 TOTAL: 12.116<br>MES DE JUNIO<br>REANIMACION 24 , OBS. URGENCIAS 2150 , RESP. ADULTO 0, QUIRURGICAS 1978, URG. GINECOLOGICAS 152, SALA DE PARTOS 173, HOSP. GINECOLOGIA 930, PEDIATRIA 1132, URG. PEDIATRICAS 594, RESP. PEDIATRIA 7, UCI 3 PISO 0, MEDICINA INTERNA 2570, UCI 4 PISO | 30/09/2025 | Durante el III trimestre se realiza la verificación del cumplimiento del procedimiento de solicitud y distribución de dietas por cada uno de los servicios, a continuación e relaciona mensualmente el numero de dietas suministradas.<br>MES DE JULIO<br>REANIMACION 21 , OBS. URGENCIAS 2102 , RESP. ADULTO 0, QUIRURGICAS 1910, URG. GINECOLOGICAS 159, SALA DE PARTOS 157, HOSP. GINECOLOGIA 841, PEDIATRIA 910, URG. PEDIATRICAS 426, RESP. PEDIATRIA 0, UCI 3 PISO 0, MEDICINA INTERNA 2293, UCI 4 PISO 395, UMI NORTE 1402, UMI SUR 0, UCI 5 PISO 285 TOTAL 10.901<br>MES DE AGOSTO<br>REANIMACION 27 , OBS. URGENCIAS 1832 , RESP. ADULTO 0, QUIRURGICAS 1875, URG. GINECOLOGICAS 129, SALA DE PARTOS 173, HOSP. GINECOLOGIA 985, PEDIATRIA 871, URG. PEDIATRICAS 354, RESP. PEDIATRIA 0, UCI 3 PISO 0, MEDICINA INTERNA 2187, UCI 4 PISO 377, UMI NORTE 1320, UMI SUR 2, UCI 5 PISO 270 TOTAL 10.402<br>MES DE SEPTIEMBRE<br>REANIMACION 28 , OBS. URGENCIAS 1910 , RESP. ADULTO 0, QUIRURGICAS 1905, URG. GINECOLOGICAS 139, SALA DE PARTOS 185, HOSP. GINECOLOGIA 934, PEDIATRIA 929, URG. PEDIATRICAS 352, RESP. PEDIATRIA 0, UCI 3 PISO 24, MEDICINA INTERNA 2250, UCI 4 PISO 393, | 30/12/2025 | Se adjuntan las solicitudes de dietas mensual por servicios del IV trimestre. |
| 71 | 2 | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre se realizaron capacitaciones mensuales al personal operario del servicio de alimentos , a continuación se relacionan los temas que se abordaron concernientes al proceso<br>Enero: Se realiza capacitación el día 20 de enero , sobre el manual de dietas, en donde participaron 16 auxiliares de cocina.<br>Febrero: Se realiza capacitación el día 28 de febrero sobre los tipos de dieta de acuerdo al manual de dietas que se implemento en la institución , participaron 19 operario del servicio.<br>Marzo: Se realiza capacitación el día 28 de marzo, sobre la diferencia entre os diferentes tipos de dietas, en donde participaron 21 operarios del servicio de alimentos.<br>Se adjuntan soportes capacitación - acta y asistencia. | 30/06/2025 | Durante el II trimestre se realizaron tres capacitaciones dirigidas al personal del servicio de alimentos, en los siguientes temas:<br>Abril 08 de 2025: Diferencias entre las dietas Inmunosuprimida, Dietas con modificaciones especiales y modificadas en fibra, en donde participaron 19 contratistas.<br>Mayo 28 de 2025: Características diferentes tipos de dietas , segmento N° 5 , en donde participaron 17 contratistas.<br>Junio 24 de 2025: Modificaciones y características según el tipo de dieta segunda parte, en donde participaron 17 contratistas.<br>Se adjunta acta con su respectiva planilla de asistencia . | 30/09/2025 | Durante el III trimestre se realziaron caoacitaciones del proceso interno del servicio de aliemntos al personaloperativo del area, en los siguientes temas:<br>JULIO 15 DE 2025: Tema: aplicacion metodo PEPS, ( primero en entrar - primero en salir) para la rotacion adecuado de los productos en el servicio.<br>AGOSTO 20 de 2025: Relación con la restricción hídrica en pacientes hospitalizados, garantizando<br>la adecuada preparación, distribución y control de líquidos en las dietas, en cumplimiento con la prescripción médica.<br>SEPTIEMBRE 19 de 2025: Garantizar una correcta dosificación, higiene y control de calidad en el proceso, con el fin de contribuir a la recuperación nutricional segura y efectiva de los pacientes. | 30/12/2025 | Durante el IV trimestre se realziaron caoacitaciones del proceso interno del servicio de aliemntos al personaloperativo del area, en los siguientes temas:<br>OCTURE 16 DE 2025: Tema: Codiciones de salud del personal manipulador de alimentos.<br>NOVIEMBRE 14 de 2025: Inocuidad de los alimentos y cumplimiento de las normas de seguridad.<br>DICIEMBRE 16 de 2025: Consistencia de los alimentos. |
| 72 | 1 | 30/03/2025 | Socializar Protocolo prevención y reducción de caídas, en el servicio de Cardiología.<br>Se busca fortalecer el conocimiento y habilidades de los trabajadores mediante capacitaciones logrando mejorar el rendimiento laboral y la prestación del servicio, a fin de incrementar la calidad y eficacia de la labor realizada. | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/12/2025 | Socializar Protocolo prevención y reducción de caídas, en el servicio de Cardiología.<br>Se busca fortalecer el conocimiento y habilidades de los trabajadores mediante capacitaciones logrando mejorar el rendimiento laboral y la prestación del servicio, a fin de incrementar la calidad y eficacia de la |
| 72 | 2 | 30/03/2025 | SE APLICA LA LISTA DE CHEQUEO DE PREVENCION Y REDUCCION DE CAIDAS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE 2025. | 30/06/2025 | SE APLICA LA LISTA DE CHEQUEO DE PREVENCION Y REDUCCION DE CAIDAS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DE 2025. | 30/09/2025 | SE APLICA LA LISTA DE CHEQUEO DE PREVENCION Y REDUCCION DE CAIDAS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DE 2025.<br>SE REALIZA EVALUACION A LA ADHERENCIA DEL MISMO. | 30/12/2025 | SE APLICA LA LISTA DE CHEQUEO DE PREVENCION Y REDUCCION DE CAIDAS DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DURANTE EL CUARTO TRIMESTRE DE 2025.<br>SE REALIZA EVALUACION A LA ADHERENCIA DEL MISMO. |
| 72 | 2 | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/06/2025 | SE RELIZA EN EL MES DE MAYO PRIMER MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS DEL SERVICO DE CARDIOLOGIA Y CALIBRACION ANUAL DE LOS MISMOS.<br>CAPACITACION USO DE LAS TECNOLOGIAS DEL SERVICIO. | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/12/2025 | SE RELIZA EN EL MES DE NOVIEMBRE EL SEGUNDO MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS DEL SERVICO DE CARDIOLOGIA PROGRAMADO. |
| 73 | 1 | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/06/2025 | Socializar la entrega correcta de reportes en el servicio de cardiología.<br>Se busca fortalecer el conocimiento y habilidades de los trabajadores mediante capacitaciones logrando mejorar el rendimiento laboral y la prestación del servicio, a fin de incrementar la calidad y eficacia de la labor realizada. | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/12/2025 | Socializar la entrega correcta de reportes en el servicio de cardiología.<br>Se busca fortalecer el conocimiento y habilidades de los trabajadores mediante capacitaciones logrando mejorar el rendimiento laboral y la prestación del servicio, a fin de incrementar la calidad y eficacia de la labor realizada. |
| 73 | 2 | 30/03/2025 | SE APLICA LA LISTA DE CHQUEO DE CORRECTA ENTREGA DE REPORTES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE 2025. | 30/06/2025 | SE APLICA LA LISTA DE CHEQUEO DE CORRECTA ENTREGA DE REPORTES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DE 2025. | 30/09/2025 | SE APLICA LA LISTA DE CHEQUEO DE CORRECTA ENTREGA DE REPORTES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DE 2025.<br>SE REALIZA EVALUACION A LA ADHERENCIA DEL MISMO. | 30/12/2025 | SE APLICA LA LISTA DE CHEQUEO DE CORRECTA ENTREGA DE REPORTES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DURANTE EL CUARTO TRIMESTRE DE 2025.<br>SE REALIZA EVALUACION A LA ADHERENCIA DEL MISMO. |
| 74 | 1 | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/06/2025 | Socializar la entrega correcta de reportes en el servicio de cardiología.<br>Se busca fortalecer el conocimiento y habilidades de los trabajadores mediante capacitaciones logrando mejorar el rendimiento laboral y la prestación del servicio, a fin de incrementar la calidad y eficacia de la labor realizada. | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/12/2025 | Socializar la entrega correcta de reportes en el servicio de cardiología.<br>Se busca fortalecer el conocimiento y habilidades de los trabajadores mediante capacitaciones logrando mejorar el rendimiento laboral y la prestación del servicio, a fin de incrementar la calidad y eficacia de la labor realizada. |
| 74 | 2 | 30/03/2025 | SE APLICA LA LISTA DE CHQUEO DE CORRECTA ENTREGA DE REPORTES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE 2025. | 30/06/2025 | SE APLICA LA LISTA DE CHEQUEO DE CORRECTA ENTREGA DE REPORTES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DE 2025. | 30/09/2025 | SE APLICA LA LISTA DE CHEQUEO DE CORRECTA ENTREGA DE REPORTES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DE 2025.<br>SE REALIZA EVALUACION A LA ADHERENCIA DEL MISMO. | 30/12/2025 | SE APLICA LA LISTA DE CHEQUEO DE CORRECTA ENTREGA DE REPORTES DEL SERVICIO DE CARDIOLOGIA DURANTE EL CUARTO TRIMESTRE DE 2025.<br>SE REALIZA EVALUACION A LA ADHERENCIA DEL MISMO. |
| 75 | 1 | 30/03/2025 | Para el primer trimestre no se cuenta con mantenimiento preventivo ni correctivo de los equipos de terapia física, programación cuatrimestral correspondiente al mes de Abril 2025. | 30/06/2025 | Para el segundo trimestre se cuenta con mantenimiento preventivo de los equipos de terapia física, programación cuatrimestral correspondiente al mes de Abril 2025. | 30/09/2025 | Para el Tercer trimestre se cuenta con mantenimiento preventivo de los equipos de terapia física, programación cuatrimestral correspondiente al mes de agosto 2025. | 30/12/2025 | Para el Cuarto trimestre se cuenta con mantenimiento preventivo de los equipos de terapia física, programación cuatrimestral correspondiente al mes de Diciembre 2025. |
| 75 | 2 | 30/03/2025 | Se realiza el acompañamiento a pacientes que presentan riesgo de caida | 30/06/2025 | Se realiza el acompañamiento a pacientes que presentan riesgo de caida | 30/09/2025 | Se realiza el acompañamiento a pacientes que presentan riesgo de caida | 30/12/2025 | Se realiza el acompañamiento a pacientes que presentan riesgo de caida |
| 76 | 1 | 30/03/2025 | Se realiza Cargue de seguimiento a citas pacientes del servicio Terapia Fisica | 30/06/2025 | Se realiza Cargue de seguimiento a citas pacientes del servicio Terapia Fisica | 30/09/2025 | Se realiza Cargue de seguimiento a citas pacientes del servicio Terapia Fisica | 30/12/2025 | Se realiza Cargue de seguimiento a citas pacientes del servicio Terapia Fisica |
| 76 | 2 | 30/03/2025 | En el proceso de asignación de citas para pacientes que requieren terapia física ordenada por especialista o médico general durante 2025, se identifica un análisis positivo del servicio | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre de 2025, se evidenció un comportamiento positivo en el proceso de asignación de citas para los pacientes que requerían atención en terapia física, según órdenes emitidas por especialistas o médicos generales. El servicio de soporte encargado de la asignación demostró eficiencia y adherencia a los tiempos establecidos, permitiendo una adecuada gestión de la demanda y una respuesta oportuna frente a las solicitudes médicas. Este desempeño refleja la articulación efectiva entre los equipos clínicos y administrativos, contribuyendo a la continuidad del cuidado, la disminución de tiempos de espera y una mejora en la experiencia del paciente. La relación entre las órdenes médicas emitidas y las citas programadas se mantuvo en equilibrio, evidenciando un adecuado uso de la capacidad instalada y un seguimiento riguroso de los procesos internos de programación. | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de 2025, el proceso de asignación de citas en terapia física mostró un desempeño favorable, evidenciando eficiencia y cumplimiento de los tiempos establecidos. La coordinación entre los equipos clínicos y administrativos permitió una gestión oportuna de las solicitudes, garantizando continuidad en la atención, reducción de tiempos de espera y una mejor experiencia del paciente. Se mantuvo un equilibrio entre las órdenes médicas emitidas y las citas programadas, reflejando un uso adecuado de la capacidad instalada y un control efectivo del proceso. | 30/12/2025 | Durante el Cuarto trimestre de 2025, el proceso de asignación de citas en terapia física mostró un desempeño favorable, evidenciando eficiencia y cumplimiento de los tiempos establecidos. La coordinación entre los equipos clínicos y administrativos permitió una gestión oportuna de las solicitudes, garantizando continuidad en la atención, reducción de tiempos de espera y una mejor experiencia del paciente. |
| 76 | 3 | 30/03/2025 | Se realiza Cargue de seguimiento a citas pacientes del servicio Terapia Fisica | 30/06/2025 | Se realiza Cargue de seguimiento a citas pacientes del servicio Terapia Fisica | 30/09/2025 | Se realiza Cargue de seguimiento a citas pacientes del servicio Terapia Fisica | 30/12/2025 | Se realiza Cargue de seguimiento a citas pacientes del servicio Terapia Fisica |
| 76 | 4 | 30/03/2025 | Se realiza cargue correspondiente a entregas de plan casero dentro del manejo del paciente en el servicio terapia física | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre se realizó la entrega de planes caseros a pacientes que, por condiciones clínicas, sociales o de movilidad, no pueden asistir de manera continua a la institución para recibir su tratamiento. Estos planes fueron diseñados de forma individualizada por el profesional tratante, incluyendo recomendaciones terapéuticas, instrucciones claras y materiales de apoyo necesarios para la ejecución segura en el domicilio, con el fin de garantizar la continuidad del proceso de rehabilitación y prevenir la regresión funcional. | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre se entregaron planes caseros a pacientes con limitaciones clínicas, sociales o de movilidad que impiden su asistencia continua a la institución. Estos planes, diseñados de forma individual por el profesional tratante, incluyen recomendaciones e instrucciones terapéuticas para garantizar la continuidad de la rehabilitación y prevenir la regresión funcional. | 30/12/2025 | Se realiza cargue correspondiente a entregas de plan casero dentro del manejo del paciente en el servicio terapia física |
| 77 | 1 | 30/03/2025 | se realiza cargue de Matriz de atencion de pacientes y sensibilidad | 30/06/2025 | se realiza cargue de Matriz de atencion de pacientes y sensibilidad | 30/09/2025 | se realiza cargue de Matriz de atencion de pacientes y sensibilidad | 30/12/2025 | se realiza cargue de Matriz de atencion de pacientes y sensibilidad |
| 77 | 2 | 30/03/2025 | Para el primer trimestre no se cuenta con mantenimiento preventivo ni correctivo del Hidrocolector ni tanque de parafina, programación cuatrimestral correspondiente al mes de Abril 2025. | 30/06/2025 | Se realiza cargue de mantenimientos preventivos de acuerdo cronograma de HIDROCOLECTOR Y TANQUE DE PARAFINA | 30/09/2025 | Se realiza cargue de mantenimientos preventivos de acuerdo cronograma de HIDROCOLECTOR Y TANQUE DE PARAFINA proximo correspondiente al mes de Diciembre 2025. | 30/12/2025 | Se realiza cargue de mantenimientos preventivos de acuerdo cronograma de HIDROCOLECTOR Y TANQUE DE PARAFINA correspondiente al mes de Diciembre 2025. |
| 78 | 1 | 30/03/2025 | Se realiza Cargue correspondiente a capacitaciones del servicio de Terapia Respiratoria | 30/06/2025 | Se realiza Cargue correspondiente a capacitaciones del servicio de Terapia Respiratoria | 30/09/2025 | Se realiza Cargue correspondiente a capacitaciones del servicio de Terapia Respiratoria | 30/12/2025 | Se realiza Cargue correspondiente a capacitaciones del servicio de Terapia Respiratoria |
| 78 | 2 | 30/03/2025 | se realiza cargue de soportes correspondientes a ACTA DE REVISIÓN CARRO DE PARO | 30/06/2025 | Se realiza cargue de soportes correspondientes a ACTA DE REVISIÓN CARRO DE PARO | 30/09/2025 | Se realiza cargue de soportes correspondientes a ACTA DE REVISIÓN CARRO DE PARO | 30/12/2025 | se realiza cargue de soportes correspondientes a ACTA DE REVISIÓN CARRO DE PARO |
| 78 | 3 | 30/03/2025 | Las calibraciones diarias de la [illegible] manera rigurosa y conforme a [illegible] precisión y confiabilidad de lo[illegible] para el diagnóstico y tratam[illegible] crítico. Este control rutinar[illegible] cualquier desviación en [illegible] funcionamiento óptimo del [illegible] contribuyendo a la segurida[illegible] prestado en las áreas de urge[illegible] | 30/06/2025 | Se realiza Cargue de control interno correspondiente II trimestre ( Maquina de gases arteriales) | 30/09/2025 | Se realiza Cargue de control interno correspondiente III trimestre ( Maquina de gases Arteriales) | 30/12/2025 | Se realiza Cargue de control interno correspondiente al IV Trimestre ( Maquina de gases Arteriales) |

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

Código y Versión
PL-FT-12 V03
Página

|  |  |
|---|---|
| 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. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **PLAN DE ACCION:** se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia. |  |  | 1 TRIMESTRE |  | 2 TRIMESTRE |  | 3 TRIMESTRE |  | 4 TRIMESTRE |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ATRIBUTOS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025 |  | SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025 |  | SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025 |  | SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025 |  |
| 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 | TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 | CONTROLES DE CALIDAD EXTERNO A LA MAQUINA DE GASES ARTERIALES<br>CUANDO: MENSUAL<br>QUIEN: LIDER DE TERAPIA<br>EVIDENCIA: TIRILLA CON EL FORMATO DE ANALISIS CON EL SERVICIO DE LABORATORIO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 13% | MUY BAJA | 60% | MODERADO |  |  | CONTROLS DE CALIDAD EXTERNO A LA MAQUINA DE GASES ARTERIALES | LIDER DE TERAPIA RESPIRATORIA | MENSUAL | 30/03/2025 | se realiza cargue correspondiente a controles externos con sus respectivos soportes tales como tirilla evidencia de paso de control AQC , formato de analisis e intervencion de resultados | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre se realizó el cargue correspondiente de los controles externos, incluyendo los soportes requeridos tales como la tirilla de evidencia del paso de control AQC y el formato de análisis e intervención de resultados. Esta actividad garantiza la trazabilidad, confiabilidad y cumplimiento de los lineamientos establecidos para el aseguramiento de la calidad en los procesos asistenciales del servicio. | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre se efectuó el cargue de los controles externos junto con los soportes requeridos, entre ellos la tirilla de evidencia del paso de control AQC y el formato de análisis e intervención de resultados. Esta gestión asegura la trazabilidad y confiabilidad de la información, además del cumplimiento de los lineamientos establecidos para el aseguramiento de la calidad en los procesos asistenciales del servicio. | 30/12/2025 | se realiza cargue correspondiente a controles externos con sus respectivos soportes tales como tirilla evidencia de paso de control AQC , formato de análisis e intervención de resultados IV Trimestre |
| 79 | AMBULATORIO / TERAPIA RESPIRATORIA | REPUTACIONAL | FALTA DE PERSONAL PARA LA EJECUCCIÓN DE ACTIVIDADES | FALTA DE SEGUIMIENTO A LOS CUADROS DE ACTIVIDADES | POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD EN LA ATENCION DE TERAPIA RESPIRATORIA | AUMENTO DE LA ESTANCIA<br>INADECUADA PERCEPCIÓN DEL SERVICIO | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | 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<br>QUIEN: LIDER DE TERAPIA<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: MATRIZ EN EXCEL DESCARGADO DE DINAMICA QUE CONTENGA LOS TIEMPOS DE ATENCIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR | 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 | LIDER DE TERAPIA | MENSUAL | 30/03/2025 | Se realiza cargue de Matriz mes a mes de oportunidad Correspondiente a la atencion del servicio de terapia respiratoria | 30/06/2025 | Se realiza cargue de Matriz mes a mes de oportunidad Correspondiente a la atencion del servicio de terapia respiratoria | 30/09/2025 | Se realiza cargue de Matriz mes a mes de oportunidad Correspondiente a la atencion del servicio de terapia respiratoria | 30/12/2025 | Se realiza cargue de Matriz mes a mes de oportunidad Correspondiente a la atencion del servicio de terapia respiratoria |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | SEGUIMIENTO A LOS CUADROS DE ACTIVIDADES DE PROGRAMACIÓN DEL PERSONAL<br>QUIEN: LIDER DE TERAPIA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: CUADROS DE ACTIVIDADES RADICADOS A SUBGERENCIA CIENTIFICA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO |  |  | SEGUIMIENTO A LOS CUADROS DE ACTIVIDADES DE PROGRAMACIÓN DEL PERSONAL | LIDER DE TERAPIA | MENSUAL | 30/03/2025 | se realiza cargue de cuadros de actividades radicados del servicio terapias | 30/06/2025 | se realiza cargue de cuadros de actividades radicados del servicio terapias | 30/09/2025 | se realiza cargue de cuadros de actividades radicados del servicio terapias | 30/12/2025 | se realiza cargue de cuadros de actividades radicados del servicio terapias |
| 80 | AMBULATORIO / TERAPIA DE FONOADIOLOGIA | REPUTACIONAL | FALTA DE PERSONAL PARA LA EJECUCCIÓN DE ACTIVIDADES<br>FALTA DE SEGUIMIENTO A LOS CUADROS DE ACTIVIDADES<br>ALTO VOLUMEN DE PACIENTES | AUMENTO DE LA ESTANCIA<br>INADECUADA PERCEPCIÓN DEL SERVICIO | POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE TERAPIA DE FONOAUDIOLOGIA | AUMENTO DE LA ESTANCIA<br>INADECUADA PERCEPCIÓN DEL SERVICIO | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | 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<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: EXCEL DE OPORTUNIDAD | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR | 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 | LIDER DE TERAPIA | MENSUAL | 30/03/2025 | Se realiza cargue de Matriz mes a mes de oportunidad Correspondiente a la atencion del servicio de terapia respiratoria | 30/06/2025 | Se realiza cargue de Matriz mes a mes de oportunidad Correspondiente a la atencion del servicio de terapia respiratoria | 30/09/2025 | Se realiza cargue de Matriz mes a mes de oportunidad Correspondiente a la atencion del servicio de terapia respiratoria | 30/12/2025 | Se realiza cargue de Matriz mes a mes de oportunidad Correspondiente a la atencion del servicio de terapia respiratoria |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | SEGUIMIENTO A LOS CUADROS DE ACTIVIDADES DE PROGRAMACIÓN DEL PERSONAL<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: CUADROS DE ACTIVIDADES RADICADOS A SUBGERENCIA CIENTIFICA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO |  |  | SEGUIMIENTO A LOS CUADROS DE ACTIVIDADES DE PROGRAMACIÓN DEL PERSONAL | LIDER DE TERAPIA | MENSUAL | 30/03/2025 | Se realiza cargue del soporte solicitado, correspondiente a las actividades del servicio, con la novedad que durante el mes de marzo se presentaron dificultades en la consecución de personal, lo cual generó ajustes en la programación y cobertura de algunas atenciones, situación que fue gestionada oportunamente para mitigar su impacto en la continuidad del servicio. | 30/06/2025 | Se realiza cargue de cuadros de actividades Fonoaudiologia II trimestre | 30/09/2025 | Se realiza cargue de cuadros de actividades Fonoaudiologia III trimestre | 30/12/2025 | Se realiza cargue de cuadros de actividades Fonoaudiologia IV trimestre |
| 81 | AMBULATORIO / TERAPIA DE FONOADIOLOGIA | REPUTACIONAL | DESCONOCIMIENTO DE TECNICA | DESCONOCIMIENTO DE TECNICA | POSIBILIDAD DE PRESENTARSE EVENTOS ADVERSOS DERIVADOS DE FALLAS EN PROCEDIMIENTOS DE TERAPIA DE FONOAUDIOLOGIA | INSATISFACCIÓN DEL USUARIO<br>COMPLICACIONES RELACIONADAS EN LA ATENCIÓN DE TERAPIA | RIESGO EN SALUD | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | CAPACITACION DEL PERSONAL EN TEMAS RELACIONADOS A LA NECESIDAD DEL SERVICIO<br>CUANDO: TRIMESTRAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR | CAPACITACION DEL PERSONAL EN TEMAS RELACIONADOS A LA NECESIDAD DEL SERVICIO | AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | Fortalecer los conocimientos del personal asistencial sobre la importancia clínica y funcional del servicio de fonoaudiología, con énfasis en los riesgos asociados a la incorrecta ejecución de procedimientos terapéuticos, promoviendo así la seguridad del paciente y la calidad del servicio. | 30/06/2025 | Fortalecer los conocimientos del personal asistencial sobre la importancia clínica y funcional del servicio de fonoaudiología, resaltando los riesgos derivados de una ejecución inadecuada de los procedimientos terapéuticos y promoviendo prácticas seguras que garanticen la calidad del servicio y la seguridad del paciente. | 30/09/2025 | Fortalecer las competencias del personal asistencial en torno a la relevancia clínica y funcional del servicio de fonoaudiología, promoviendo la ejecución segura y adecuada de los procedimientos terapéuticos para garantizar la calidad del servicio y la seguridad del paciente. | 30/12/2025 | Se realiza cargue correspondiente a las actas con el fin de fortalecer las competencias del personal asistencial en torno a la relevancia clínica y funcional del servicio de fonoaudiología, promoviendo la ejecución segura y adecuada de los procedimientos terapéuticos para garantizar la calidad del servicio y la seguridad del paciente. |
| 82 | AMBULATORIO / OTORRINOLARINGOLOGIA | REPUTACIONAL | MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS DE PACIENTES | LIMPIEZA INADECUADA<br>TÉCNICA INCORRECTA EN LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS | PROBABILIDAD DE COMPLICACIONES Y/O EVENTOS ADVERSOS EN PROCEDIMIENTOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA | COMPLICACIONES Y/O EVENTOS ADVERSOS | USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | DILIGENCIAMIENTO DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO A REALIZAR<br>QUIEN: PERSONAL DE OTORRONILARINGOLOGIA<br>PERIODICIDAD: A DEMANDA<br>EVIDENICA: CONSENTIMIENTOS INFORMADOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR | DILIGENCIAMIENTO DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO A REALIZAR | PERSONAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA | A DEMANDA | 30/03/2025 | Desde el servicio de otorrino se diligencia consentimiento informado a todo paciente que se le realiza procedimiento, se carga evidencia | 30/06/2025 | Desde el servicio de otorrino se diligencia consentimiento informado a todo paciente que se le realiza procedimiento durante el II trimestre de 2025, se carga evidencia | 30/09/2025 | Desde el servicio de otorrino se diligencia consentimiento informado a todo paciente que se le realiza procedimiento durante el III trimestre de 2025, se carga evidencia | 30/12/2025 | Desde el servicio de otorrino se diligencia consentimiento informado a todo paciente que se le realiza procedimiento durante el IV trimestre de 2025, se carga evidencia |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | BRINDAR RECOMENDACIONES AL PACIENTE SOBRE CUIDADOS POST PROCEDIMIENTOS<br>QUIEN: MEDICO DE OTORRONILARINGOLOGIA<br>PERIODICIDAD: AL MOMENTO DE LA CONSULTA<br>EVIDENCIA: RECOMENDACIONES EN HISTORIA CLINICA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO |  |  | BRINDAR RECOMENDACIONES AL PACIENTE SOBRE CUIDADOS POST PROCEDIMIENTOS | MEDICO | DIARIO | 30/03/2025 | Se brindan respectivas recomencaciones a los pacientes | 30/06/2025 | Se brindan respectivas recomencaciones a los pacientes | 30/09/2025 | Se brindan respectivas recomencaciones a los pacientes | 30/12/2025 | Se brindan respectivas recomencaciones a los pacientes |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 | VERIFICACIÓN DE LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE EQUIPOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA<br>QUIEN: AUXILIAR DE OTORRINOLARINGOLOGIA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO |  |  | VERIFICACIÓN DE LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE EQUIPOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA | AUXILIAR OTORRINO | MENSUAL | 30/03/2025 | Se realiza seguimiento a la limpieza y desinfección de equipo de endoscopio, durante el primer trimestre, se adjunta registro | 30/06/2025 | Se realiza seguimiento a la limpieza y desinfección de equipo de endoscopio de otorrinolaringologia, durante el segundo trimestre, se adjunta registro | 30/09/2025 | Se realiza seguimiento a la limpieza y desinfección de equipo de endoscopio de otorrinolaringologia, durante el segundo trimestre, se adjunta registro | 30/12/2025 | Se realiza seguimiento a la limpieza y desinfección de equipo de endoscopio de otorrinolaringología, durante el cuarto trimestre, se adjunta registro |
| 83 | URGENCIAS | REPUTACIONAL | DAÑOS EN LOS EQUIPOS DE IMÁGENES DIAGNÓSTICOS<br>RETRASO EN EL PROCESO DE REPORTE DE LABORATORIOS | DEMORA EN LA RESPUESTA DE LA INTERCONSULTA SOLICITADAS | POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS | AUMENTO EN LAS NOVEDADES DE SEGURIDAD<br>INSATISFACCIÓN DEL USUARIO | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | SEGUIMIENTO A LOS TIEMPOS DE RESPUESTA A INTERCONSULTAS Y A TIEMPOS DE TRIAGE<br>QUIEN: COORDINACIÓN DE URGENCIAS<br>CUANDO: MENSUAL<br>MEDIO DE VERIFICACIÓN: INDICADOR E INFORME DEL DIA A DIA | DETECTIVO 15% | AUTOMÁTICO: EJECUTADO POR UN SISTEMA 25% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | SEGUIMIENTO A LOS TIEMPOS DE RESPUESTA A INTERCONSULTAS | COORDINACIÓN DE URGENCIAS | MENSUALMENTE | 30/03/2025 | se realiza seguimiento a la respuesta interconsulta con los indicadores y en el día día los día lunes y viernes | 30/06/2025 | se realiza seguimiento a la respuesta interconsulta con los indicadores y en el día día los día lunes y viernes | 30/09/2025 | se realiza seguimiento a tiempos de interconsultas y análisis de dichos tiempos de respuesta en el servicio de urgencias, cuando se evidencia algún tipo de desviación se realiza acciones inmediatas para mitigar el reflejo de estas desviaciones a futuro. | 30/12/2025 | se realiza seguimiento a tiempos de interconsultas de manera mensual y semanal con el fin de identificar si se presenta alguna desviación se realiza su respectiva corrección de manera inmediata en conjunto con hospitalización. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | AUDITORIA DE CONCURRENCIA A URGENCIAS<br>QUIEN: AUDITORIA DE CONCURRENCIA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: INFORME DE AUDITORIA | PREVENTIVO 25% | AUTOMÁTICO: EJECUTADO POR UN SISTEMA 25% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 13% | MUY BAJA | 60% | MODERADO |  |  | AUDITORIA DE CONCURRENCIA A URGENCIAS | AUDITORIA DE CONCURRENCIA | MENSUALMENTE | 30/03/2025 | Se realiza ronda en el servicio de urgencias adulto con el fin de evaluar la oportunidad y pertinencia de los procesos asistenciales enfermería y medicos y especialidades para un cumplimiento optimo.<br>novedades de auditoria de concurrencia:<br>1. Se evidencia que en el recibo de turno los siguientes hallazgos:<br>2. Se inicia ronda a las 7 am<br>3. Se inicia ronda con equipo sin terapia respiratoria<br>4. La jefe del servicio no se presenta no presenta al equipo no da las recomendaciones especificas<br>5. El medico de turno no se presenta<br>6. No hay adherencia proceso de lavado de manos<br>7. No se realiza entrega de auditoria por sistema Dinámica<br>8. La personal entrega con signos vitales<br>9. El personal auxiliar no realiza valoración cefalocaudal de algunos pacientes<br>10. No se revisa el paciente asignado<br>11. Falta de adherencia al protocolo de aislamientos sin marcación pacientes con orden sin clasificación.<br>12. Se verifica carro de medicamentos con sistema donde se evidenciaron hallazgos de medicamentos ya mencionados anteriormente en la tabla<br>13. Se evidencia medicamentos sistema y Kardex donde se evidencia medicamento ordenado y otro en físico<br>14. Se recomienda no solicitar insumos de mas deben ser los necesarios en las áreas de reanimación y ambulatorias.<br>15. Se evidencia un hallazgo algunos pacientes no hay nota de | 30/06/2025 | Se realiza ronda de verificacion de procesos asistenciales en el servicio de urgencias 07:00 am se inicia ronda de seguimiento al servicio de urgencias adultos con el fin de realizar revisión al proceso establecido, dando cumplimiento a los atributos de calidad en salud como herramienta fundamental en la prestación de los servicios en salud.<br>El informe incluye las áreas ambulatorias: consultorios, salas de procedimientos, área de reanimación y sala de observación.<br>1. Conclusiones :<br>2. Se evidencia que en el recibo de turno los siguientes hallazgos:<br>3. Se inicia ronda a las 7:05 am<br>4. No hay presentación del personal enfermería ni la parte medica<br>5. Se inicia ronda sin equipo completo sin jefe de turno<br>6. La jefe de recibo de turno no se presenta y da las recomendaciones especificas<br>7. No hay adherencia proceso de lavado de manos<br>8. No se evidencia verificación cruzada en el recibo de turno<br>9. Se evidencia paciente sin manilla de identificación 1117ª<br>10. Falta asignación de camas y traslados efectivos por parte de personal de enfermería<br>11. No se realiza asignación de cama de pacientes hospitalizados en el servicio de urgencias<br>12. El personal auxiliar no realiza valoración cefalocaudal de algunos pacientes 101 A 114<br>13. Se verifica carro de medicamentos con sistema donde se evidenciaron | 30/09/2025 | Seguimiento proceso establecido, documentado, socializado, atención al servicio de urgencias Adulto con relación a oportunidad, seguimiento continuidad, seguridad durante la atención.<br>Siendo las 07:00 am se inicia ronda de seguimiento al servicio de urgencias adultos con el fin de realizar revisión al proceso establecido, dando cumplimiento a los atributos de calidad en salud como herramienta fundamental en la prestación de los servicios en salud.<br>El informe incluye las áreas ambulatorias: consultorios, salas de procedimientos, área de reanimación y sala de observación.<br>Siendo las 07:00 am se inicia ronda de seguimiento al servicio de urgencias adultos con el fin de realizar revisión al proceso establecido, dando cumplimiento a los atributos de calidad en salud como herramienta fundamental en la prestación de los servicios en salud.<br>El informe incluye las áreas ambulatorias: consultorios, salas de procedimientos, área de reanimación y sala de observación.<br>A continuación, se describen hallazgos evidenciados<br>1. Se evidencia que en el recibo de turno los siguientes hallazgos:<br>2. Se inicia ronda a las 7:00 am<br>3. Personal de enfermería se presenta y da las recomendaciones especificas<br>4. Se inicia ronda con equipo completo<br>5. No hay adherencia proceso de lavado de manos<br>6. No se evidencia verificación cruzada antes del recibo de turno 101 -111 | 30/12/2025 | Siendo las 07:00 am se inicia ronda de seguimiento al servicio de urgencias adultos con el fin de realizar revisión al proceso establecido, dando cumplimiento a los atributos de calidad en salud como herramienta fundamental en la prestación de los servicios en salud.<br>El informe incluye las áreas ambulatorias: consultorios, salas de procedimientos, área de reanimación y sala de observación.<br>Durante el acompañamiento se evidencias los siguientes hallazgos:<br>⍰ Se inicia entrega y recibo de turno a las 7:00 am, con el grupo incompleto.<br>⍰ La médico que entrega turno tiene el cabello suelto y no porta tapabocas.<br>⍰ Se evidencia que la jefe que recibe turno realiza la presentación del equipo de trabajo en cada uno de los cubículos, excepto en la 101A a la 102A<br>⍰ Auxiliar de enfermería que hace entrega en las primeras unidades, no realiza entrega de los signos vitales.<br>⍰ No se realiza revisión de los pacientes por parte de la auxiliar que recibe turno, así como tampoco acompaña la entrega y no es adherente al proceso, respondiendo a la jefe de enfermería que "ella no va a correr".<br>⍰ No se realiza entrega de pendientes y novedades de los pacientes, por parte de enfermería y médico.<br>⍰ Durante el paso a cada cubículo, no se realiza higienización de manos.<br>⍰ Se evidencia revisión de los pacientes, por auxiliares de enfermería que |
| 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 | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | DISEÑO DE ESTRATEGIAS LUDICOPEDAGOGICAS DE SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE HIGIENE DE MANOS<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>QUIEN: REFERENTE DEL SERVICIO<br>EVIDENCIA: INFORME TRIMESTRAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | BAJO | REDUCIR | Diseño de estrategias ludicopedagogicas de socialización del protocolo institucional de higiene de manos | Referente del servicio | Mensual | 30/03/2025 | se realiza actividad ludicopedagogica del lavado de manos | 30/06/2025 | se realiza actividad ludicopedagogica del lavado de manos | 30/09/2025 | se realiza actividad ludicopedagogica del lavado de manos en el cual se enfatiza que el lavado de manos no solo cuida, sino salva vidas debido a que se mitiga la propagación de microrganismos, por lo cual se realiza el enlace de los tiempos del lavado de manos con las actividades que se realizan en la atención a pacientes en el día día | 30/12/2025 | se realiza actividad ludicopedagogica del lavado de manos en el cual se enfatiza que el lavado de manos salva vidas debido a que se mitiga la propagación de microrganismos |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | REALIZAR LA OBSERVANCIA DE LA APLICACIÓN DE LOS MOMENTOS DE HIGIENE DE MANOS PARA LA MONITORIZACION DEL INDICADOR.<br>PERIODICIDAD: DIARIA<br>EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO<br>QUIEN: PERSONAL DE ENFERMERIA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 42% | MEDIA | 60% | MODERADO |  |  | Realizar la observancia de la aplicación de los momentos de higiene de manos | Observadores designados por el servicio. | Diaria | 30/03/2025 | se sube listas de chequeo de los meses enero, febrero y marzo 2025 | 30/06/2025 | En el momento no se cuenta con personal de enfermería para observancia de lavado de manos por lo que se realiza actividad de lavado de manos | 30/09/2025 | En el momento no se cuenta con personal de enfermería para observancia de lavado de manos por lo que se realiza actividad de lavado de manos | 30/12/2025 | En el momento no se cuenta con personal de enfermería para observancia de lavado de manos por lo que se realiza actividad de lavado de manos socializando la importancia de este en el cuidado de nuestros pacientes<br>se realiza actividad ludicopedagogica del lavado de manos en el cual se enfatiza que el lavado de manos no solo cuida, sino salva vidas debido a que se mitiga la propagación de microrganismos, por lo cual se realiza el enlace de los tiempos del lavado de manos con las actividades que se realizan en la atención a pacientes en el día día |
| 85 | URGENCIAS | REPUTACIONAL | 1, SILLAS, CAMILLAS Y CAMAS EN CONDICIONES INADECUADAS (SIN FRENOS, BARANDAS ABAJO O DAÑADAS ).<br>2, USUARIOS SIN ACOMPAÑAMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL ENCARGADO(AUXILIAR DE ENFERMERÍA, CAMILLERO) O FAMILIAR.<br>3, NO IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DEL PACIENTE EN MANILLA DE IDENTIFICACIÓN<br>4 CONDICIONES INADECUADAS DEL PISO(MOJADO O CON MUCHA CERA)<br>5. CONDICIONES DEL USUARIO QUE PUEDAN AFECTAR SU EQUILIBRIO:<br>ALTERACIÓN DE LA MARCHA<br>ALTERACIONES VISUALES USUARIOS CON ALGUNA CONDICIÓN ESPECIAL(DISCAPACIDAD) | 1, SILLAS, CAMILLAS Y CAMAS EN CONDICIONES INADECUADAS (SIN FRENOS, BARANDAS ABAJO O DAÑADAS ).<br>2, USUARIOS SIN ACOMPAÑAMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL ENCARGADO(AUXILIAR DE ENFERMERÍA, CAMILLERO) O FAMILIAR.<br>3, NO IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DEL PACIENTE EN MANILLA DE IDENTIFICACIÓN<br>4 CONDICIONES INADECUADAS DEL PISO(MOJADO O CON MUCHA CERA) | POSIBILIDAD DE CAÍDA DE PACIENTE EN EL SERVICIO | EVENTO ADVERSO O INCIDENTE | EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS | PROCESO | MUY ALTA |  | MODERADO |  | ALTA | 1 | REALIZAR CAPACITACIÓN EL PAQUETE INSTRUCCIONAL DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDASQUIEN: REFERENTE DE PAQUETE INSTRUCCIONAL<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: LISTADOS DE ASISTENCIA CON MEDICIÓN DE ADHERENCIA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 42% | MEDIA |  | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | REALIZAR CAPACITACIÓN EL PAQUETE INSTRUCCIONAL DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE CAÍDASQUIEN: REFERENTE DE PAQUETE INSTRUCCIONAL | Referente del paquete |  | 30/03/2025 | Durante el mes de Marzo se realiza formación para todo el equipo asistencial de la E.S.E. San Rafael de Fusagasuga.<br>Se anexa acta y listado de asistencia. | 30/06/2025 | PARA EL MES DE JUNIO SE CPACITA EN EL PAQUETE A 12 COLABORADORES CON UNA ADHERENCIA DEL 91% | 30/09/2025 | PARA EL MES DE OCTUBRE SE CAPACITA EN EL PAQUETE A 11 COLABORADORES CON UNA ADHERENCIA DEL 95% | 30/12/2025 | Siendo la fecha y hora indicadas, durante el mes de diciembre se llevó a cabo una capacitación dirigida a 11 personas, entre auxiliares y profesionales de enfermería, pertenecientes al servicio de hospitalización, , con el propósito de fortalecer sus conocimientos y habilidades en la prevención y reducción de caídas. Esta actividad tuvo como objetivo contribuir a un entorno seguro y a la prestación de una atención de calidad, centrada en el paciente y su familia. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE CAÍDASQUIEN: REFERENTE DE PAQUETE INSTRUCCIONAL<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO APLICADA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 42% | MEDIA |  |  |  |  | APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE CAÍDASQUIEN: REFERENTE DE PAQUETE INSTRUCCIONAL | Referente del paquete |  | 30/03/2025 | se realiza aplicación de 116 lista de chequeo durante la vigencia del primer trimestre de 2025, obteniendo una adherencia del 85%. | 30/06/2025 | Se realiza aplicación de 67 listas de chequeo de autocontrol durante el mes de Junio con una adherencia del 94% | 30/09/2025 | Se realiza aplicación de 40 listas de chequeo de autocontrol durante el mes de Agosto con una adherencia del 97% | 30/12/2025 | Durante la vigencia evaluada, la LCH 12 – Listas de Chequeo de Prevención y Reducción de Caídas evidenció un alto nivel de cumplimiento, alcanzando un 95 % anual, lo que refleja una adecuada adherencia del personal asistencial y la consolidación del proceso dentro de la práctica clínica. En el mes de diciembre se obtuvo un 94 % de cumplimiento, manteniéndose un desempeño favorable pese a la disminución del número de listas aplicadas (23), situación acorde con el cierre del año y la reducción de la actividad asistencial. A lo largo del periodo se aplicaron 639 listas de chequeo, observándose un comportamiento estable del indicador, con porcentajes mensuales superiores al 90 % y picos de hasta el 98 %, lo que evidencia la efectividad de las acciones de seguimiento, sensibilización y autocontrol. |
| 86 | URGENCIAS / IMÁGENES DIAGNOSTICAS | REPUTACIONAL | INOPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS | TIEMPOS PROLONGADOS DE LECTURA DE RADIOGRAFÍA CONVENCIONAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN QUE AFECTAN LA CONDUCTA DEFINITIVA DEL PACIENTE POR PARTE DEL MEDICO | POSIBILIDAD DE INOPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS DE RADIOGRAFÍA Y TAC PARA URGENCIAS, CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN | MALA CONDUCTA TERAPEUTICA<br>REINGRESOS | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | SEGUIMIENTO A LOS TIEMPOS DE LECTURA DESDE EL SISTEMA DE INFORMACIÓN - PLATAFORMA RAMSOFT Y DINÁMICA GERENCIAL<br>QUIEN: REFERENTE DE RADIOLOGÍA, Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: FORMATO DE SEGUIMIENTO A TIEMPOS DE RADIOLOGÍA<br>PARA QUE: CONTROLAR LOS TIEMPOS DE | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 70% | ALTA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR | REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS TIEMPOS DE LECTURA DESDE EL SISTEMA DE INFORMACIÓN - PLATAFORMA RAMSOFT Y DINÁMICA GERENCIAL | REFERENTE DE RADIOLOGÍA, Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO | SEMANAL | 30/03/2025 | Teniendo en cuenta los acuerdos de servicios establecidos con la institucion , desde el servicio se diligencia de manera mensual matriz de seguimiento a tiempos de lectura en imagenologia para servicios intrahospitalarios se adjuntan meses de enero - febrero y marzo 2025 | 30/06/2025 | Teniendo en cuenta los acuerdos de servicios establecidos con la institucion , desde el servicio se diligencia de manera mensual matriz de seguimiento a tiempos de lectura en imagenologia para servicios intrahospitalarios se adjuntan meses de abril - mayo y junio 2025 | 30/09/2025 | Desde el servicio de radiologia se da continuidad en el seguimiento a la Herramienta establecida para poder realiar seguimiento y monitoreo de manera mass continua a los resultados de los estudios ordenados a niivel intrahospitalario , esto teniendo en cuenta los acuerdos de servicio establecidos con las áeas de atencion . | 30/12/2025 | Desde el servicio de Radiología se da continuidad al seguimiento mediante la herramienta institucional establecida, la cual permite realizar un monitoreo y control permanente de los resultados de los estudios diagnósticos solicitados a nivel intrahospitalario. Lo anterior se desarrolla en concordancia con los acuerdos de servicio definidos con las diferentes áreas de atención, garantizando oportunidad, trazabilidad y cumplimiento de los tiempos establecidos. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | PRIORIZACIÓN DE ENTREGA DE RESULTADOS ENTREGADOS DE RADIOLOGÍA<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>QUIEN: AUXILIAR DE ENTREGA DE RESULTADOS<br>EVIDENCIA: FORMATO DE REPORTE DE RESULTADOS NOTIFICADOS<br>PARA QUE: DETERMINAR RESULTADO NO ENTREGADOS Y PRIORIZAR SU ENTREGA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 49% | MEDIA | 60% | MODERADO |  |  | REALIZAR PRIORIZACIÓN DE ENTREGA DE RESULTADOS ENTREGADOS DE RADIOLOGÍA | AUXILIAR DE ENTREGA DE RESULTADOS | SEMANAL | 30/03/2025 | El servicio de imagenologia diligencia formato de entrega de resultados de imagenologia de manera mensual<br>Formato entrega resultados enero 25.pdf Formato entrega resultados enero 25.pdf<br>formato entrega resultados febrero 25.pdf formato entrega resultados febrero 25.pdf<br>formato entrega resultados marzo 25.pdf formato entrega resultados marzo 25.pdf | 30/06/2025 | Al momento en que el usuario reclama los reportes de estudios de imagenologia el servicio realiza el diligenciamiento a fin de poder tener una herramienta que constate que le fue entregado al usuario sus resultados .<br>se adjunta formato de los meses de abril , mayo y junio . | 30/09/2025 | De acuerdo a lasactividades de control implementadas en el servicio , se continua con el diligenciamiento del forato de entrega de resultados a fin de poder contar con un soporte que evidencia el que el usuario ha venido a solicitar los reportes de los estudios de imagenologia , se adjuntan formatos para los meses de Julio - Agosto y Septiembre . | 30/12/2025 | El servicio de imagenologia diligencia formato de entrega de resultados de imagenologia de manera mensual a fin de poder llevar un registro y verificacion de los eestudios que han sido entregados especialmente a los suarios de consulta externa |
| 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 IMAGENOLOGÍA | RETRASOS EN LA ATENCIÓN | RIESGO EN SALUD | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN CON LAS ÁREAS ASISTENCIALES PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LOS ESTUDIOS DE IMAGENOLOGÍA<br>QUIEN: TALENTO HUMANO DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA<br>EVIDENCIA: INFORME DE DINAMICA OPORTUNIDAD EN ESTUDIOS DE IMAGENOLOGIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR | IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN CON LAS ÁREAS ASISTENCIALES PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LOS ESTUDIOS DE IMAGENOLOGÍA | TALENTO HUMANO DEL SERVICIO DE RADIOLOGÍA | DIARIO | 30/03/2025 | En articulacion con el servicio de camilleros se mantiene comunicacion de forma permanente a traves de grupo Watsap "APOYO DIAGNOSTICO " las acciones a ejecutar son :<br>1. identificacion del ordenamiento en aplicativo CAS<br>2. Reportar en el grupo de apoyo diagnostico , nombre , documento , servicio y cama<br>3. El camillero de turno verifica condiciones de preparacion .<br>4. Hora de traslado al servicio de imagenologia para realizacion del estudio .<br>Chat de WhatsApp con PACAS -Apoyo Diagnóstico .txt Chat de WhatsApp con PACAS -Apoyo Diagnóstico .txt | 30/06/2025 | En el servicio de radiologia se establecio como estrategia la comunicacion a traves de grupo de watsap con el servicio de camillero a fin de poder realizar seguimiento , monitoreo y dar paso de programacion a los estudios ordenado , en el se verifica la siguiente informacion :<br>1. identificacion del ordenamiento en aplicativo CAS<br>2. Reportar en el grupo de apoyo diagnostico , nombre , documento , servicio y cama<br>3. El camillero de turno verifica condiciones de preparacion .<br>4. Hora de traslado al servicio de imagenologia para realizacion del estudio .<br>Chat de WhatsApp con PACAS -Apoyo Diagnóstico .txt Chat de WhatsApp con PACAS -Apoyo Diagnóstico .txt | 30/09/2025 | Se realiza la solicitud al área de sistemas para poder generar informe del aplicativo CAS el cual permite evidenciar la atencion que se realiza durante el mes a los usuarios en el servicio de imagenologia , reflejando las acciones y estrategias implementadas a fin de garantizar oportunidad en la toma de estudios de apoyo diagnostico , sin embargo en el momento se dificukta pues no se cuenta con las posibilidades desde el mismo sistema .<br>Se adjunta Base de datos dinamica gerencial en donde desde el servicio de radiologia monitereamos la fecha y hora de solicitud de los estudios a fin de garantizar se haya generado la atencion a los usuarios . | 30/12/2025 | Se adjunta Base de datos dinamica gerencial en donde desde el servicio de radiologia monitereamos la fecha y hora de solicitud de los estudios a fin de garantizar se haya generado la atencion a los usuarios |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | VERIFICACIÓN ESTUDIOS PENDIENTES POR EL SERVICIO DE CAMILLEROS<br>QUIEN: CAMILLEROS<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>EVIDENCIA: FORMATO DE TRAZABILIDAD DE ESTUDIOS DE RAYOS X Y TAC QUE ESTAN PROGRAMADOS Y ECOGRAFIA Y DOPLER QUE ESTAN EN AREAS ASISTENCIALES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 29% | BAJA | 60% | MODERADO |  |  | VERIFICACIÓN ESTUDIOS PENDIENTES POR EL SERVICIO DE CAMILLEROS | CAMILLEROS | SEMANAL | 30/03/2025 | En el servicio de radiologia se tiene implementado dos instrumentos a fin de identificar los estudios ordenados y que por alguna condicion o causa quedan pendientes para programacion a fin de minimizar las probabilidades de inatencion .<br>1. Formato de verificacion de de estudios pendientes de ecografia - dopler<br>2. formato de trazabilidad de estudios de rx y tac programados | 30/06/2025 | En el servicio de radiología se han implementado dos instrumentos de control y seguimiento con el objetivo de identificar de forma oportuna aquellos estudios que han sido ordenados pero que, por alguna causa o condición, quedan pendientes de programación. Esta etrategia busca minimizar el riesgo de inatención o demoras en la prestación del servicio, garantizando así la trazabilidad del proceso y la atención oportuna del usuario.<br>Los instrumentos utilizados son:<br>Formato de verificación de estudios pendientes de ecografía y Doppler: Permite llevar un control sistemático de las solicitudes que no han sido agendadas, identificando causas y facilitando su gestión posterior.<br>Formato de trazabilidad de estudios de RX y TAC programados: Herramienta que permite hacer seguimiento a la programación efectiva de los estudios, validando que coincidan con la solicitud médica y que hayan sido incluidos correctamente en la agenda del servicio. | 30/09/2025 | Al interior del servicio de radiologia se han implementados actividades de autogestion y autocontrol a fin de poder identificar los estudios ordenados , condiciones de preparacion y aquellos que quedan como programados a fin de que en articulacion con las areas asistenciales y el servicio de camilleros estos pacientes sean trasladados al servicio para su atencion y minimizar las probabilidades de inatencion y riesgos y retrocesos en el definicion de conducta terapeutica .<br>Estos instrumentos son :<br>* Formato de trazabilidad de estudios de Rx y Tac programados de julio a septiembre<br>* Formato de verificacion de estudios de ecografia y doppler en las areas asistenciales de julio a septiembre | 30/12/2025 | En el servicio se mantiene el diligenciamiento de los formatos institucinalmente establecidos a fin de poder dejar identiificados aquelllos estudios que estan pendientes en las areas asistenciales de servicio como la UCI o que de acuerdo a su indicacion requieren algunas condiciones de preparacion previas a fin de miniizar los riesgos de no atencion . |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 | VALIDACIÓN DE GRUPO DE WHARASPP EN ARTICULACIÓN CON EL GRUPO DE CAMILLEROS<br>PERIODICIDAD: DIARIO<br>EVIDENCIA: COPIA DEL WHATASPP | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 29% | BAJA |  | MODERADO |  |  | VALIDACIÓN DE GRUPO DE WHARASPP EN ARTICULACIÓN CON EL GRUPO DE CAMILLEROS | CAMILLEROS | SEMANAL | 30/03/2025 | En articulacion con el servicio de camilleros se mantiene comunicacion de forma permanente a traves de grupo Watsap "APOYO DIAGNOSTICO " las acciones a ejecutar son : | 30/06/2025 | En el servicio de radiologia se establecio como estrategia la comunicacion a traves de grupo de watsap con el servicio de camillero a fin de poder realizar seguimiento , monitoreo y dar paso de programacion a los estudios ordenado , en el se verifica la siguiente informacion :<br>1. identificacion del ordenamiento en aplicativo CAS<br>2. Reportar en el grupo de apoyo diagnostico , nombre , documento , servicio y cama<br>3. El camillero de turno verifica condiciones de preparacion .<br>4. Hora de traslado al servicio de imagenologia para realizacion del estudio .<br>Chat de WhatsApp con PACAS -Apoyo Diagnóstico .txt Chat de WhatsApp con PACAS -Apoyo Diagnóstico .txt | 30/09/2025 | Se realiza la solicitud al área de sistemas para poder generar informe del aplicativo CAS el cual permite evidenciar la atencion que se realiza durante el mes a los usuarios en el servicio de imagenologia , reflejando las acciones y estrategias implementadas a fin de garantizar oportunidad en la toma de estudios de apoyo diagnostico , sin embargo en el momento se dificukta pues no se cuenta con las posibilidades desde el mismo sistema .<br>Se adjunta Base de datos dinamica gerencial en donde desde el servicio de radiologia monitereamos la fecha y hora de solicitud de los estudios a fin de garantizar se haya generado la atencion a los usuarios . | 30/12/2025 | Se adjunta Base de datos dinamica gerencial en donde desde el servicio de radiologia monitereamos la fecha y hora de solicitud de los estudios a fin de garantizar se haya generado la atencion a los usuarios |

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

**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.

**PLAN DE ACCION:** se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia.

| 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 | ATRIBUTOS: TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 88 | URGENCIAS / IMÁGENES DIAGNOSTICAS | REPUTACIONAL | PACIENTE NO INFORMA LOS ANTECEDENTES | NO SE REALIZA INDAGACIÓN DE LOS ANTECEDENTES DEL PACIENTE QUE PUEDAN PROVOCAR REACCION ADVERSA | POSIBILIDAD DE REACCIÓN ADVERSA POR ADMINISTRACIÓN DE MEDIOS DE CONTRASTE | EVENTO ADVERSO | RIESGO EN SALUD | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO A LOS ESTUDIOS CONTRASTADOS DONDE SE INDAGA ANTECEDENTES DE PACIENTES QUE PUEDA PROVOCAR LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO<br>QUIEN: AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO<br>PERIODICIDAD: A NECESIDAD O DEMANDA<br>EVIDENCIA: FORMATO LISTA DE CHEQUEO CON CÓDIGO UR-RX-FT-20 | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR | APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO A LOS ESTUDIOS CONTRASTADOS DONDE SE INDAGA ANTECEDENTES DE PACIENTES QUE PUEDA PROVOCAR LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO | AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO | A NECESIDAD O DEMANDA |
| 89 | URGENCIAS / IMÁGENES DIAGNOSTICAS | REPUTACIONAL | TECNICA INADECUADA EN LA REALIZAICÓN DE ESTUDIOS | TECNICA INADECUADA EN LA REALIZAICÓN DE ESTUDIOS | POSIBILIDAD DE SOBRE EXPOSICIÓN A RADIACIÓN POR ESTUDIOS RECHAZADOS | EXPOSICIÓN INNECESARIA (PRACTICAS DE PROTECCIÓN RADIOLOGICAS) | RIESGO EN SALUD | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | APLICACIÓN DE PROTOCOLO DE CALIDAD DE IMAGEN<br>QUIEN: TECNÓLOGO DE RADIOLOGÍA<br>PERIODICIDAD: A DEMANDA<br>EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO CON CODIGO UR-RX-FT-20 | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 29% | BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR | APLICACIÓN DE PROTOCOLO DE CALIDAD DE IMAGEN | TECNÓLOGO DE RADIOLOGÍA | A DEMANDA |
| 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 IMÁGENES DIAGNOSTICO | DIAGNOSTICOS ERRADOS | RIESGO EN SALUD | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE RESULTADOS DE IMAGENOLOGIA<br>QUIEN: PERSONAL DE IMAGENOLOGIA<br>CUANDO: DIARIO<br>EVIDENCIA: FORMATO RX-FT-06 FORMATO DE REGISTRO DE ENTREGA DE RESULTADOS DE IMAGENOLOGIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 17% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR | SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE RESULTADOS DE IMAGENOLOGIA | PERSONAL DE IMAGENOLOGIA | DIARIO |
| 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 | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | SEGUIMIENTO A LAS REMISIONES REALIZADAS MEDIANTE EL LIBRO CONTROL DE RADICACIÓN<br>QUIEN: REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: LIBRO CONTROL DE RADICACIÓN DE REMISIONES. | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | SEGUIMIENTO A LAS REMISIONES REALIZADAS MEDIANTE EL LIBRO CONTROL DE RADICACIÓN | REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA | DIARIO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | VALORACIÓN DE CALIDAD Y PERTINENCIA DE REMISIÓN<br>QUIEN: REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA<br>PERIODICIDAD: CUANDO SE PRESENTE LA REMISIÓN<br>EVIDENCIA: MATRIZ CONTROL DE BITACORAS DE REMISIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 29% | BAJA | 60% | MODERADO |  |  | VALORACIÓN DE CALIDAD Y PERTINENCIA DE REMISIÓN | REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA | DIARIO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 | BITÁCORA DE RADICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE REMISIÓN - DINÁMICA GERENCIAL.<br>QUIEN: REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA<br>PERIODICIDAD: CUANDO OCURRE LA REMISIÓN<br>EVIDENCIA: DINAMICA GERENCIAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 17% | MUY BAJA | 60% | MODERADO |  |  | BITÁCORA DE RADICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE REMISIÓN - DINÁMICA GERENCIAL. | REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA | DIARIO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 | SEGUIMIENTO AL TRASLADO DEL PACIENTE MEDIANTE BITÁCORA DE TRASLADO DE PACIENTE<br>QUIEN: REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA<br>PERIODICIDAD: CADA QUE SE TRASLADA EL PACIENTE<br>EVIDENCIA: BITÁCORA DE TRASLADO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 10% | MUY BAJA | 60% | MODERADO |  |  | BITÁCORA DE TRASLADO DE PACIENTE | REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA | DIARIO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 | SEGUIMIENTO A LA LISTA DE CHEQUEO DE SALIDA<br>QUIEN: REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA<br>PERIODICIDAD: CADA QUE SALE EL PACIENTE<br>EVIDENCIA: REGISTRO EN EL FORMATO LISTA DE CHEQUEO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 6% | MUY BAJA | 60% | MODERADO |  |  | SEGUIMIENTO AL TRASLADO DEL PACIENTE MEDIANTE BITÁCORA DE TRASLADO DE PACIENTE | REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA | DIARIO |
| 92 | 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<br>RETRASOS EN EL TRATAMIENTO Y DIAGNOSTICO DEL PACIENTE<br>TRATAMIENTO INADECUADO | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | menor | 40% | ALTA | 1 | VERIFICACIÓN DE CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE MUESTRAS DE LABORATORIO<br>FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE PAQUETE PARA GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE Y MUESTRAS DE LABORATORIO CON CODIGO DT-LC-FT 21<br>PERIODICIDAD: MENSUAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 40% | MENOR | MODERADO | REDUCIR | REALIZAR VERIFICACIÓN DE CORRECTA IDENTIFICACIÓN DE MUESTRAS DE LABORATORIO | TALENTO HUMANO DE LABORATORIO | MENSUAL |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2 | ASIGNACIÓN DE CONSECUTIVO DE MUESTRAS POR MEDIO DE SOFTWARE DE LABORATORIO E IMPRESIÓN DE STIKERS<br>PERIODICIDAD: DIARIO<br>EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO DT-LC-FT-59 MEDICION DEL CICLO DE ATENCION DE LABORATORIO CLINICO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 40% | MENOR |  |  | ASIGNACIÓN DE CONSECUTIVO DE MUESTRAS POR MEDIO DE SOFTWARE DE LABORATORIO E IMPRESIÓN DE STIKERS | AUXILIAR O BACTERIÓLOGO DE LABORATORIO/ ÁREA DE PROCESAMIENTO | DIARIO |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 | CAPACITACIONES EN TOMA DE MUESTRAS Y CORRECTOS DE LA TOMA DE MUESTRAS<br>PERIODICIDAD: CUATRIMESTRAL:<br>EVIDENCIA: POSTEST, LISTADO DE ASISTENCIA Y ACTA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 40% | MENOR |  |  | REALIZAR CAPACITACIONES EN TOMA DE MUESTRAS Y CORRECTOS DE LA TOMA DE MUESTRAS | COORDINADOR DE CALIDAD O QUIEN HAGA SUS VECES | CUATRIMESTRAL |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 | APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO PAQUETE INSTRUCCIONAL GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y LAS MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO FASE PRE ANALÍTICA<br>FORMATO DT-LC-FT-57 FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE PAQUETE PARA GARANTIZAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y LAS MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO FASE PRE ANALÍTICA.<br>PERIODICIDAD: MENSUAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 18% | BAJA | 40% | MENOR |  |  | APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO PAQUETE INSTRUCCIONA | COORDINADOR DE CALIDAD O QUIEN HAGA SUS VECES | MENSUAL |

| REFERENCIA | No CONTROL | 1 TRIMESTRE – SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025: FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | 2 TRIMESTRE – SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025: FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | 3 TRIMESTRE – SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025: FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | 4 TRIMESTRE – SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025: FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 88 | 1 | 30/03/2025 | En el servicio de imagenologia se realiza aplicacion de formato de verificacion de condiciones de preparacion de estudios contrastados , el cual recopila informacion sobre antecedentes de reaccion alergica a medicamentos ( medios de contraste ) a fin de reducir los riesgos derivados de la ejecucion del procedimiento . Este se aplica de acuerdo a la demanda y se diligencia de manera diaria por la auxiliar de enfermeria. | 30/06/2025 | En el servicio de imagenologia se realiza aplicacion de formato de verificacion de condiciones de preparacion de estudios contrastados , correspondiente a los meses de abril , mayo y junio . En ella el personal de enfermeria del servicio realiza entrevista con el usuario , familia o personal del servicio a fin de identificar de manera oportuna factores predisponentes que puedan contrinuir al desencadenamiento de un evento adverso relacionado con la admnistracion de medicamentos ( medio de contraste ) . | 30/09/2025 | En el servicio de Imagenología se lleva a cabo la aplicación del formato de verificación de condiciones de preparación para estudios contrastados, correspondiente a los meses de julio, agosto y septiembre .<br>Durante este proceso, el personal de enfermería realiza una entrevista dirigida al usuario, su familia o al personal asistencial involucrado, con el propósito de identificar oportunamente factores predisponentes que puedan aumentar el riesgo de un evento adverso asociado a la administración de medios de contraste.<br>Esta verificación constituye una medida preventiva fundamental dentro del proceso asistencial, orientada a garantizar la seguridad del paciente y la calidad del procedimiento diagnóstico | 30/12/2025 | En el servicio de Imagenología se realiza de manera constante la verificación de las condiciones de preparación de los usuarios para la realización de estudios contrastados, mediante la aplicación del formato correspondiente durante los meses de julio, agosto y septiembre.<br>Este proceso es llevado a cabo por el personal de enfermería, quien, a través de una entrevista cercana y orientadora con el usuario, su familia o el personal asistencial, busca identificar de forma oportuna posibles factores de riesgo que puedan incrementar la probabilidad de presentar un evento adverso durante la administración de medios de contraste.<br>Esta verificación hace parte de las acciones preventivas del servicio y refleja el compromiso del equipo de salud con la seguridad del paciente, el cuidado integral y la prestación de una atención diagnóstica segura y de calidad. |
| 89 | 1 | 30/03/2025 | Desde el servicio de radiologia se reliza aplicacion del protocolo de control de calidad de la imagen a fin de minimizar las causas de rechazo y evitar exposiciones innecesarias a la radiacion.<br>Adjunto Drive de registro de atencion de pacientes en el cual se debe consignar por parte del personal de tecnologia en donde establece el numero de exposiciones.<br>https://docs.google.com/spreadsheets/d/153_8RLxYgnlZ3U-9i1IrEf3I3kLav-IkPB4TEkO9aPc/edit?gid=690243947#gid=690243947 | 30/06/2025 | se continua diligenciando el drive de registro de atencion de pacientes en el se consignan datos especificos que exige el protocolo de control de calidad de la imagen a fin de disminuir las causas de rechazo en el proceso de lectura or parte del radiologo .<br>https://docs.google.com/spreadsheets/d/153_8RLxYgnlZ3U-9i1IrEf3I3kLav-IkPB4TEkO9aPc/edit?gid=690243947#gid=690243947 | 30/09/2025 | Se mantiene en ejecución el diligenciamiento del registro en la base de datos (Drive) correspondiente a la atención de pacientes, en la cual se consignan los datos específicos requeridos por el protocolo de control de calidad de la imagen. Este procedimiento tiene como propósito optimizar los estándares de registro, minimizar las no conformidades y reducir las causas de rechazo durante el proceso de interpretación y lectura por parte del especialista en radiología.<br>* https://docs.google.com/spreadsheets/d/153_8RLxYgnlZ3U-9i1IrEf3I3kLav-IkPB4TEkO9aPc/edit?gid=1276835909#gid=1276835909 | 30/12/2025 | Se encuentra en ejecución permanente el diligenciamiento del registro en la base de datos institucional (Drive) correspondiente a la atención de pacientes, en la cual se consignan de manera sistemática los datos específicos establecidos en el protocolo de control de calidad de la imagen. Este procedimiento tiene como finalidad fortalecer los estándares de registro, prevenir la ocurrencia de no conformidades y disminuir las causas de rechazo durante el proceso de interpretación y lectura diagnóstica por parte del especialista en radiología.<br>https://docs.google.com/spreadsheets/d/153_8RLxYgnlZ3U-9i1IrEf3I3kLav-IkPB4TEkO9aPc/edit?gid=1276835909#gid=1276835909 |
| 90 | 1 | 30/03/2025 | Teniendo en cuenta los acuerdos de servicios establecidos con la institucion , desde el servicio se diligencia de manera mensual matriz de seguimiento a tiempos de lectura en imagenologia para servicios intrahospitalarios se adjuntan meses de enero - febrero y marzo 2025 . | 30/06/2025 | Teniendo en cuenta los acuerdos de servicios establecidos con la institucion , desde el servicio se diligencia de manera mensual matriz de seguimiento a tiempos de lectura en imagenologia para servicios intrahospitalarios se adjuntan meses de abril - mayo y junio 2025 . | 30/09/2025 | Desde el servicio de radiologia se da continuidad en el seguimiento a la Herramienta establecida para poder realiar seguimiento y monitoreo de manera mass continua a los resultados de los estudios ordenados a niivel intrahospitalario , esto teniendo en cuenta los acuerdos de servicio establecidos con las áeas de atencion . | 30/12/2025 | Desde el servicio de Radiología se da continuidad al seguimiento mediante la herramienta institucional establecida, la cual permite realizar un monitoreo y control permanente de los resultados de los estudios diagnósticos solicitados a nivel intrahospitalario. Lo anterior se desarrolla en concordancia con los acuerdos de servicio definidos con las diferentes áreas de atención, garantizando oportunidad, trazabilidad y cumplimiento de los tiempos establecidos. |
| 91 | 1 | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre de 2025, el Hospital San Rafael de Fusagasugá experimentó un comportamiento positivo en cuanto a las remisiones gestionadas por los médicos de sus diversos servicios. A continuación, se presentan los detalles de la gestión de remisiones a lo largo de los primeros tres meses del año:<br>Enero: Se realizaron 407 solicitudes de remisión, de las cuales 321 fueron radicadas en la oficina de Referencia, alcanzando un 78.8% de efectividad.<br>Febrero: Se registraron 321 solicitudes, con 265 remisiones radicadas, lo que reflejó un 82.5% de cumplimiento.<br>Marzo: Se ordenaron 377 remisiones, y 339 fueron radicadas, logrando un excelente 89.9% de efectividad.<br>En total, durante el primer trimestre se registraron 1,105 solicitudes de remisión, de las cuales 925 fueron radicadas en la oficina de Referencia por el equipo de Enfermería, lo que representa un 83.7% de efectividad.<br>Es fundamental resaltar que el 100% de las remisiones radicadas fueron gestionadas y procesadas correctamente por la oficina de Referencia, asegurando que los pacientes fueran ubicados en las entidades correspondientes sin ningún tipo de contratiempo. Además, este alto nivel de efectividad en las remisiones radicadas y gestionadas refleja un compromiso claro con la calidad en la atención y la eficiencia administrativa del hospital. El proceso de remisiones ante las entidades externas también se completó de manera exitosa, alcanzando el 100% de remisiones radicadas.<br>Este desempeño subraya la capacidad operativa del hospital y la eficiencia de su equipo en la gestión de remisiones, lo que contribuye a una atención más ágil y efectiva para los pacientes.<br>Tendencias en la Gestión de Remisiones: | 30/06/2025 | análisis detallado del seguimiento a las remisiones realizadas mediante el libro de control de radicación correspondiente al II trimestre del año 2025 (abril, mayo y junio) en el Hospital de Fusagasugá:<br>Análisis Trimestral de Remisiones - II Trimestre 2025<br>Esta tabla refleja el proceso completo de remisiones médicas desde su solicitud, radicación y posterior aceptación por parte de las instituciones receptoras. Las cifras permiten evaluar la eficiencia en los distintos pasos del proceso de referencia de pacientes.<br>1. Indicadores Clave Evaluados<br>Remisiones solicitadas: Total de solicitudes generadas por el personal médico.<br>Remisiones radicadas: Solicitudes efectivamente tramitadas en la oficina de referencia.<br>Proporción de radicación: Mide la eficiencia interna del hospital (radicadas / solicitadas).<br>Pacientes aceptados: Casos que fueron efectivamente aceptados por las instituciones receptoras tras ser radicados.<br>Proporción de pacientes aceptados: Mide la efectividad externa del proceso (aceptados / radicados).<br>Análisis Mensual<br>Abril<br>Remisiones solicitadas: 444<br>Radicadas: 359<br>Proporción de radicación: 80% | 30/09/2025 | Análisis Detallado – SEGUIMIENTO A LAS REMISIONES REALIZADAS MEDIANTE EL LIBRO CONTROL DE RADICACIÓN III Trimestre 2025<br>Hospital San Rafael de Fusagasugá<br>Durante el III trimestre del año 2025, comprendido entre los meses de julio, agosto y septiembre, se realizó un seguimiento sistemático a las remisiones médicas mediante el control registrado en la bitácora de radicación, con el objetivo de evaluar la eficacia del proceso de radicación de solicitudes de remisión hacia otras instituciones o niveles de atención.<br>La información recopilada y analizada corresponde al número de remisiones solicitadas, remisiones efectivamente radicadas y el porcentaje de cumplimiento mensual, lo cual permite identificar fortalezas y oportunidades de mejora dentro del proceso administrativo y asistencial.<br>Resultados por mes<br>Julio<br>Remisiones solicitadas: 278<br>Remisiones radicadas: 270<br>Porcentaje de cumplimiento: 97%<br>Durante el mes de julio se evidencia una alta eficiencia en el proceso, con un 97% de cumplimiento en la radicación de remisiones. Solo 8 solicitudes no fueron radicadas, lo cual representa un margen mínimo de error. Esto indica que el equipo de referencia y contrarreferencia mantiene un control adecuado sobre el flujo de solicitudes.<br>Agosto<br>Remisiones solicitadas: 212<br>Remisiones radicadas: 211 | 30/12/2025 | Durante el IV Trimestre de 2025, el Hospital San Rafael de Fusagasugá desarrolló de manera continua el proceso de radicación y seguimiento de remisiones, con el objetivo de garantizar la atención oportuna y la adecuada continuidad del cuidado de los pacientes remitidos a otros niveles de complejidad.<br>En este periodo se registró un total de 716 remisiones radicadas, de las cuales la gran mayoría fueron gestionadas de manera correcta, evidenciando un alto nivel de cumplimiento y compromiso por parte del equipo responsable del proceso.<br>Desempeño Mensual<br>Mes de Octubre<br>Durante el mes de octubre se radicaron 295 remisiones. De este total, 290 remisiones fueron radicadas de manera correcta, mientras que 5 no cumplieron completamente con los criterios establecidos para una radicación adecuada.<br>Este resultado refleja un alto nivel de eficiencia en el proceso, con una mínima proporción de remisiones que requirieron ajustes o no lograron completarse correctamente.<br>Mes de Noviembre<br>En noviembre se registraron 240 remisiones radicadas, de las cuales 238 fueron radicadas de manera adecuada, mientras que 2 no cumplieron con los requisitos necesarios.<br>Este mes evidencia una mejora en la calidad del proceso de radicación, con un margen de error muy reducido, lo que demuestra un fortalecimiento en los controles y en el seguimiento de la documentación.<br>Mes de Diciembre<br>Durante el mes de diciembre se radicaron 181 remisiones. De estas, 176 |
|  | 2 | 30/03/2025 | Análisis del Indicador de Calidad y Pertinencia de las Remisiones en Enero 2025 - Hospital Fusagasugá<br>Resumen General: En enero de 2025, el Hospital de Fusagasugá llevó a cabo una revisión de un total de 166 remisiones realizadas por los médicos del hospital. De estas, 159 remisiones fueron calificadas como de adecuada calidad y pertinencia, lo que resultó en un porcentaje de 93,80%.<br>Desempeño Frente a la Meta:<br>Meta establecida: 90%<br>Resultado alcanzado: 93,80%<br>Este resultado supera la meta de calidad y pertinencia planteada por el hospital, lo que indica que un alto porcentaje de las remisiones realizadas en enero cumplieron con los estándares esperados.<br>Análisis Detallado:<br>Total de Remisiones Revisadas:<br>Se revisaron un total de 166 remisiones. Esta cifra representa un esfuerzo importante en la evaluación continua de la calidad y pertinencia de las remisiones, lo cual es crucial para garantizar que los pacientes reciban el cuidado adecuado de acuerdo con su necesidad médica.<br>Remisiones con Adecuada Calidad y Pertinencia:<br>De las 166 remisiones revisadas, 159 fueron calificadas como de adecuada calidad y pertinencia. Esto significa que un 93,80% de las remisiones fueron consideradas apropiadas y alineadas con las expectativas de calidad médica establecidas para el proceso de remisión.<br>Cumplimiento de la Meta:<br>La meta de calidad se estableció en un 90%, y el hospital superó esta meta alcanzando un 93,80%, lo que refleja un buen desempeño en la validación | 30/06/2025 | Análisis Detallado de la Valoración de Calidad y Pertinencia de las Remisiones<br>Periodo evaluado: Abril -Mayo- Junio<br>Durante el segundo trimestre del año se revisó un total de 416 remisiones, distribuidas en los siguientes meses: 134 en abril, 144 en mayo y 138 en junio. Estas remisiones fueron evaluadas con base en criterios establecidos para determinar la calidad del registro clínico, la pertinencia médica de la remisión, la claridad en la causa de remisión y la precisión del servicio solicitado.<br>Resultados Generales<br>Mes Remisiones Revisadas Adecuadas % Adecuadas<br>Abril 134 127 93%<br>Mayo 144 135 91%<br>Junio 138 130 92%<br>Interpretación de Resultados<br>1. Pertinencia Médica<br>En el 92% de las remisiones evaluadas se evidencia que el paciente fue remitido de manera oportuna, justificada y alineada con la necesidad clínica identificada en la valoración inicial. Se observó que:<br>Las causas de remisión estuvieron bien definidas en la mayoría de los casos, fundamentadas en signos clínicos relevantes, evolución del cuadro y hallazgos paraclínicos.<br>Las remisiones inadecuadas correspondieron principalmente a derivaciones prematuras sin agotar el manejo en el primer nivel, o por ausencia de documentación que justificara el traslado. | 30/09/2025 | Análisis Detallado de la Valoración de Calidad y Pertinencia de las Remisiones<br>Periodo evaluado: julio, agosto y septiembre 2025<br>Hospital San Rafael de Fusagasugá<br>Durante el III trimestre de 2025, se realizó una evaluación exhaustiva de la calidad y pertinencia de las remisiones realizadas en el Hospital San Rafael de Fusagasugá. En total, se revisaron 444 remisiones distribuidas de la siguiente manera: 141 en julio, 147 en agosto y 156 en septiembre.<br>Interpretación de Resultados<br>En cuanto a la calidad y pertinencia de las remisiones, se encontró que en julio, de las 141 remisiones revisadas, 133 cumplieron con criterios adecuados, representando un porcentaje del 94%. En agosto, de 147 remisiones revisadas, 137 fueron consideradas de adecuada calidad, equivalente al 93%. En septiembre, se revisaron 156 remisiones, de las cuales 146 cumplieron con los estándares, manteniendo también un 93% de remisiones con adecuada calidad y pertinencia.<br>Respecto a la pertinencia médica, se evidenció que en la mayoría de los casos, el paciente fue remitido de manera oportuna y justificada, alineada con la necesidad clínica identificada en la valoración inicial. Las causas de remisión estuvieron bien definidas en la mayoría de los casos, sustentadas en signos clínicos relevantes, evolución del cuadro clínico y hallazgos paraclínicos. Las remisiones consideradas inadecuadas se debieron principalmente a derivaciones prematuras sin agotar el manejo en el primer nivel o a la falta de documentación que justificara el traslado.<br>La calidad del registro clínico mostró una mejora en la redacción y completitud, aspecto fundamental para que el servicio receptor comprenda el motivo del traslado. Entre los elementos mejor | 30/12/2025 | Durante el IV Trimestre de 2025, el Hospital San Rafael de Fusagasugá llevó a cabo la valoración de la calidad y pertinencia de las remisiones, con el fin de verificar que estas cumplieran con los criterios clínicos, administrativos y normativos necesarios para garantizar una atención oportuna y adecuada a los pacientes remitidos a otros niveles de complejidad.<br>En este periodo se revisaron 430 remisiones, distribuidas entre los meses de octubre, noviembre y diciembre, permitiendo realizar un análisis detallado del comportamiento mensual y del desempeño general del proceso de remisión.<br>Resultados Mensuales<br>Mes de Octubre<br>Número total de remisiones revisadas: 166<br>Remisiones con adecuada calidad: 155<br>Porcentaje de adecuada calidad y pertinencia: 89%<br>Durante octubre se evidenció un buen nivel de cumplimiento en la calidad de las remisiones. No obstante, se identificó un porcentaje menor frente a los meses siguientes, asociado principalmente a deficiencias en la documentación clínica y a causas de remisión insuficientemente justificadas.<br>Mes de Noviembre<br>Número total de remisiones revisadas: 155<br>Remisiones con adecuada calidad: 148<br>Porcentaje de adecuada calidad y pertinencia: 93%<br>En noviembre se observó una mejora significativa en la calidad y |
|  | 3 | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre de 2025, el Hospital San Rafael de Fusagasugá experimentó un comportamiento positivo en cuanto a las remisiones gestionadas por los médicos de sus diversos servicios. A continuación, se presentan los detalles de la gestión de remisiones a lo largo de los primeros tres meses del año:<br>Enero: Se realizaron 407 solicitudes de remisión, de las cuales 321 fueron radicadas en la oficina de Referencia, alcanzando un 78.8% de efectividad.<br>Febrero: Se registraron 321 solicitudes, con 265 remisiones radicadas, lo que reflejó un 82.5% de cumplimiento.<br>Marzo: Se ordenaron 377 remisiones, y 339 fueron radicadas, logrando un excelente 89.9% de efectividad.<br>En total, durante el primer trimestre se registraron 1,105 solicitudes de remisión, de las cuales 925 fueron radicadas en la oficina de Referencia por el equipo de Enfermería, lo que representa un 83.7% de efectividad.<br>Es fundamental resaltar que el 100% de las remisiones radicadas fueron gestionadas y procesadas correctamente por la oficina de Referencia, asegurando que los pacientes fueran ubicados en las entidades correspondientes sin ningún tipo de contratiempo. Además, este alto nivel de efectividad en las remisiones radicadas y gestionadas refleja un compromiso claro con la calidad en la atención y la eficiencia administrativa del hospital. El proceso de remisiones ante las entidades externas también se completó de manera exitosa, alcanzando el 100% de remisiones radicadas.<br>Este desempeño subraya la capacidad operativa del hospital y la eficiencia de su equipo en la gestión de remisiones, lo que contribuye a una atención más ágil y efectiva para los pacientes.<br>Tendencias en la Gestión de Remisiones: | 30/06/2025 | Análisis del Indicador de Remisiones Radicadas - II Trimestre 2025<br>Contexto General<br>Las remisiones médicas son solicitudes realizadas por los médicos cuando un paciente requiere atención especializada en otro nivel de complejidad o en otra institución. Sin embargo, no todas las remisiones solicitadas terminan siendo radicadas en la oficina de referencia. Las causas de no radicación incluyen:<br>Cancelación voluntaria de la remisión,<br>Cambios en la condición clínica del paciente (mejoría o fallecimiento),<br>Otros factores administrativos o clínicos.<br>Se considera "remisión radicada" aquella que efectivamente es entregada y tramitada por la oficina de referencia ante las respectivas entidades receptoras.<br>Análisis por Mes<br>Abril 2025<br>Remisiones solicitadas: 444<br>Remisiones radicadas: 359<br>Proporción de radicación: 80%<br>Observaciones:<br>Abril presentó la mayor eficiencia en radicación del trimestre con un 80%.<br>Se radicaron 8 de cada 10 remisiones solicitadas.<br>Esto refleja una buena articulación entre los servicios médicos y la oficina de referencia, con baja tasa de cancelación o ajuste clínico posterior.<br>Mayo 2025<br>Remisiones solicitadas: 387 | 30/09/2025 | Informe de Radicación y Seguimiento de Remisiones – III Trimestre 2025<br>Hospital San Rafael de Fusagasugá<br>El Hospital San Rafael de Fusagasugá ha gestionado de manera efectiva las remisiones solicitadas durante el III Trimestre de 2025, garantizando la atención oportuna a los pacientes. En total, se registraron 795 remisiones solicitadas, de las cuales 781 fueron correctamente radicadas, logrando un impresionante porcentaje de radicación del 98%. A continuación, se detalla el desempeño mes a mes en cuanto a la cantidad de remisiones solicitadas, las radicadas y los porcentajes alcanzados en cada uno de los meses del trimestre.<br>Desempeño Mensual<br>Mes de Julio:<br>Durante el mes de julio, el hospital recibió un total de 278 solicitudes de remisión. De estas, se lograron radicar 270, alcanzando un porcentaje de éxito del 97%. Este resultado refleja el compromiso y la eficiencia del equipo encargado, aunque aún existe un pequeño margen para mejorar el proceso de radicación. El 97% de éxito muestra que se gestionaron correctamente casi todas las solicitudes, permitiendo la atención de los pacientes que requerían ser derivados a otras instituciones o especialistas.<br>Mes de Agosto:<br>En agosto, la cifra de remisiones solicitadas disminuyó ligeramente, con 212 solicitudes. Sin embargo, la eficiencia aumentó, ya que se radicaron 211 remisiones, lo que corresponde a un porcentaje de 99%. Este mes evidenció un trabajo altamente eficiente, donde la diferencia entre las remisiones solicitadas y las radicadas fue mínima, reflejando un proceso de seguimiento más robusto y preciso. Este excelente desempeño destaca el esfuerzo continuo por mejorar la calidad de atención y respuesta a las | 30/12/2025 | Durante el IV Trimestre de 2025, el Hospital San Rafael de Fusagasugá desarrolló de manera continua el proceso de radicación y seguimiento de remisiones, con el objetivo de garantizar la atención oportuna y la adecuada continuidad del cuidado de los pacientes remitidos a otros niveles de complejidad.<br>En este periodo se registró un total de 716 remisiones radicadas, de las cuales la gran mayoría fueron gestionadas de manera correcta, evidenciando un alto nivel de cumplimiento y compromiso por parte del equipo responsable del proceso.<br>Desempeño Mensual<br>Mes de Octubre<br>Durante el mes de octubre se radicaron 295 remisiones. De este total, 290 remisiones fueron radicadas de manera correcta, mientras que 5 no cumplieron completamente con los criterios establecidos para una radicación adecuada.<br>Este resultado refleja un alto nivel de eficiencia en el proceso, con una mínima proporción de remisiones que requirieron ajustes o no lograron completarse correctamente.<br>Mes de Noviembre<br>En noviembre se registraron 240 remisiones radicadas, de las cuales 238 fueron radicadas de manera adecuada, mientras que 2 no cumplieron con los requisitos necesarios.<br>Este mes evidencia una mejora en la calidad del proceso de radicación, con un margen de error muy reducido, lo que demuestra un fortalecimiento en los controles y en el seguimiento de la documentación.<br>Mes de Diciembre<br>Durante el mes de diciembre se radicaron 181 remisiones. De estas, 176 |
|  | 4 | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre de 2025, el Hospital San Rafael de Fusagasugá experimentó un comportamiento positivo en cuanto a las remisiones gestionadas por los médicos de sus diversos servicios. A continuación, se presentan los detalles de la gestión de remisiones a lo largo de los primeros tres meses del año:<br>Enero: Se realizaron 407 solicitudes de remisión, de las cuales 321 fueron radicadas en la oficina de Referencia, alcanzando un 78.8% de efectividad.<br>Febrero: Se registraron 321 solicitudes, con 265 remisiones radicadas, lo que reflejó un 82.5% de cumplimiento.<br>Marzo: Se ordenaron 377 remisiones, y 339 fueron radicadas, logrando un excelente 89.9% de efectividad.<br>En total, durante el primer trimestre se registraron 1,105 solicitudes de remisión, de las cuales 925 fueron radicadas en la oficina de Referencia por el equipo de Enfermería, lo que representa un 83.7% de efectividad.<br>Es fundamental resaltar que el 100% de las remisiones radicadas fueron gestionadas y procesadas correctamente por la oficina de Referencia, asegurando que los pacientes fueran ubicados en las entidades correspondientes sin ningún tipo de contratiempo. Además, este alto nivel de efectividad en las remisiones radicadas y gestionadas refleja un compromiso claro con la calidad en la atención y la eficiencia administrativa del hospital. El proceso de remisiones ante las entidades externas también se completó de manera exitosa, alcanzando el 100% de remisiones radicadas.<br>Este desempeño subraya la capacidad operativa del hospital y la eficiencia de su equipo en la gestión de remisiones, lo que contribuye a una atención más ágil y efectiva para los pacientes.<br>Tendencias en la Gestión de Remisiones: | 30/06/2025 | Análisis del Indicador de Remisiones Radicadas - II Trimestre 2025<br>Contexto General<br>Las remisiones médicas son solicitudes realizadas por los médicos cuando un paciente requiere atención especializada en otro nivel de complejidad o en otra institución. Sin embargo, no todas las remisiones solicitadas terminan siendo radicadas en la oficina de referencia. Las causas de no radicación incluyen:<br>Cancelación voluntaria de la remisión,<br>Cambios en la condición clínica del paciente (mejoría o fallecimiento),<br>Otros factores administrativos o clínicos.<br>Se considera "remisión radicada" aquella que efectivamente es entregada y tramitada por la oficina de referencia ante las respectivas entidades receptoras.<br>Análisis por Mes<br>Abril 2025<br>Remisiones solicitadas: 444<br>Remisiones radicadas: 359<br>Proporción de radicación: 80%<br>Observaciones:<br>Abril presentó la mayor eficiencia en radicación del trimestre con un 80%.<br>Se radicaron 8 de cada 10 remisiones solicitadas.<br>Esto refleja una buena articulación entre los servicios médicos y la oficina de referencia, con baja tasa de cancelación o ajuste clínico posterior.<br>Mayo 2025<br>Remisiones solicitadas: 387 | 30/09/2025 | Informe de Radicación y Seguimiento de Remisiones – III Trimestre 2025<br>Hospital San Rafael de Fusagasugá<br>El Hospital San Rafael de Fusagasugá ha gestionado de manera efectiva las remisiones solicitadas durante el III Trimestre de 2025, garantizando la atención oportuna a los pacientes. En total, se registraron 795 remisiones solicitadas, de las cuales 781 fueron correctamente radicadas, logrando un impresionante porcentaje de radicación del 98%. A continuación, se detalla el desempeño mes a mes en cuanto a la cantidad de remisiones solicitadas, las radicadas y los porcentajes alcanzados en cada uno de los meses del trimestre.<br>Desempeño Mensual<br>Mes de Julio:<br>Durante el mes de julio, el hospital recibió un total de 278 solicitudes de remisión. De estas, se lograron radicar 270, alcanzando un porcentaje de éxito del 97%. Este resultado refleja el compromiso y la eficiencia del equipo encargado, aunque aún existe un pequeño margen para mejorar el proceso de radicación. El 97% de éxito muestra que se gestionaron correctamente casi todas las solicitudes, permitiendo la atención de los pacientes que requerían ser derivados a otras instituciones o especialistas.<br>Mes de Agosto:<br>En agosto, la cifra de remisiones solicitadas disminuyó ligeramente, con 212 solicitudes. Sin embargo, la eficiencia aumentó, ya que se radicaron 211 remisiones, lo que corresponde a un porcentaje de 99%. Este mes evidenció un trabajo altamente eficiente, donde la diferencia entre las remisiones solicitadas y las radicadas fue mínima, reflejando un proceso de seguimiento más robusto y preciso. Este excelente desempeño destaca el esfuerzo continuo por mejorar la calidad de atención y respuesta a las | 30/12/2025 | Durante el IV Trimestre de 2025, el Hospital San Rafael de Fusagasugá desarrolló de manera continua el proceso de radicación y seguimiento de remisiones, con el objetivo de garantizar la atención oportuna y la adecuada continuidad del cuidado de los pacientes remitidos a otros niveles de complejidad.<br>En este periodo se registró un total de 716 remisiones radicadas, de las cuales la gran mayoría fueron gestionadas de manera correcta, evidenciando un alto nivel de cumplimiento y compromiso por parte del equipo responsable del proceso.<br>Desempeño Mensual<br>Mes de Octubre<br>Durante el mes de octubre se radicaron 295 remisiones. De este total, 290 remisiones fueron radicadas de manera correcta, mientras que 5 no cumplieron completamente con los criterios establecidos para una radicación adecuada.<br>Este resultado refleja un alto nivel de eficiencia en el proceso, con una mínima proporción de remisiones que requirieron ajustes o no lograron completarse correctamente.<br>Mes de Noviembre<br>En noviembre se registraron 240 remisiones radicadas, de las cuales 238 fueron radicadas de manera adecuada, mientras que 2 no cumplieron con los requisitos necesarios.<br>Este mes evidencia una mejora en la calidad del proceso de radicación, con un margen de error muy reducido, lo que demuestra un fortalecimiento en los controles y en el seguimiento de la documentación.<br>Mes de Diciembre<br>Durante el mes de diciembre se radicaron 181 remisiones. De estas, 176 |
|  | 5 | 30/03/2025 | Análisis de la Auditoría a la Bitácora de Traslado de Pacientes del Primer Trimestre del Año 2025 – Móvil 4009<br>Resumen General:<br>La auditoría corresponde a la revisión de la bitácora de traslado de pacientes en el Móvil 4009 durante el primer trimestre de 2025. Se han evaluado 10 pacientes, verificando el cumplimiento de diversos aspectos relacionados con la documentación y los procedimientos durante el traslado.<br>Aspectos Evaluados: Los 10 aspectos evaluados en cada caso son:<br>Nombre y Apellido<br>Identificación<br>Fecha de Traslado<br>Diagnóstico<br>EPS (Entidad Prestadora de Salud)<br>Datos de Tripulación y Móvil<br>Historia Clínica<br>Procedimiento<br>Medicamentos Ordenados en Traslado<br>Descripción del Procedimiento Realizado<br>Ponderación:<br>Cumple: 10 puntos<br>No Cumple: 0 puntos<br>Faltan Datos: 5 puntos<br>Resultados de la Auditoría:<br>Evaluación de Pacientes: Todos los pacientes (de 1 a 10) han obtenido un puntaje perfecto de 10 puntos en cada uno de los 10 aspectos evaluados, lo que indica que la documentación y los procedimientos asociados a cada | 30/06/2025 | Análisis de la Auditoría a la Bitácora de Traslado de Pacientes del Primer Trimestre del Año 2025 – Móvil 4009<br>Resumen General:<br>La auditoría corresponde a la revisión de la bitácora de traslado de pacientes en el Móvil 4009 durante el primer trimestre de 2025. Se han evaluado 10 pacientes, verificando el cumplimiento de diversos aspectos relacionados con la documentación y los procedimientos durante el traslado.<br>Aspectos Evaluados: Los 10 aspectos evaluados en cada caso son:<br>Nombre y Apellido<br>Identificación<br>Fecha de Traslado<br>Diagnóstico<br>EPS (Entidad Prestadora de Salud)<br>Datos de Tripulación y Móvil<br>Historia Clínica<br>Procedimiento<br>Medicamentos Ordenados en Traslado<br>Descripción del Procedimiento Realizado<br>Ponderación:<br>Cumple: 10 puntos<br>No Cumple: 0 puntos<br>Faltan Datos: 5 puntos<br>Resultados de la Auditoría:<br>Evaluación de Pacientes: Todos los pacientes (de 1 a 10) han obtenido un puntaje perfecto de 10 puntos en cada uno de los 10 aspectos evaluados, lo que indica que la documentación y los procedimientos asociados a cada | 30/09/2025 | Seguimiento al traslado del paciente mediante bitácora de traslado de paciente III trimestre<br>El seguimiento al traslado del paciente a través de la bitácora de traslado es una herramienta fundamental para garantizar la seguridad, calidad y trazabilidad en el proceso de atención durante el traslado interinstitucional o intrainstitucional. Esta bitácora documenta de manera detallada cada paso del traslado, incluyendo información esencial como:<br>Nombre y apellido del paciente<br>Identificación<br>Fecha y hora del traslado<br>Diagnóstico médico<br>Entidad promotora de salud (EPS)<br>Datos de la tripulación y el vehículo utilizado<br>Historia clínica<br>Procedimientos realizados durante el traslado<br>Medicamentos ordenados y suministrados<br>Descripción detallada de los procedimientos efectuados<br>Consentimiento informado, cuando aplique<br>Soportes paraclínicos necesarios<br>El registro minucioso y puntual en esta bitácora permite realizar un seguimiento efectivo, evaluar el cumplimiento de los protocolos, identificar posibles deficiencias y asegurar la continuidad del cuidado del paciente.<br>En el Hospital San Rafael de Fusagasugá, este seguimiento se ha extendido al control y evaluación de las ambulancias utilizadas para los traslados. En el III trimestre de 2025, se auditaron las ambulancias 4183, 4012, 4013 y 4009, todas ellas cumpliendo con los estándares exigidos y | 30/12/2025 | IV Trimestre 2025<br>Hospital San Rafael de Fusagasugá<br>El seguimiento al traslado del paciente mediante la bitácora de traslado constituye una herramienta esencial para garantizar la seguridad, la calidad asistencial y la trazabilidad de la atención durante los traslados interinstitucionales e intrainstitucionales. A través de este instrumento se documenta de manera detallada la información clínica, administrativa y operativa asociada a cada traslado, permitiendo evaluar el cumplimiento de los protocolos establecidos y asegurar la continuidad del cuidado del paciente.<br>Durante el IV Trimestre de 2025, el Hospital San Rafael de Fusagasugá realizó la auditoría de las bitácoras de traslado correspondientes a las ambulancias 4009, 4183, 4012 y 4013, evaluando diez (10) registros por cada móvil, bajo un sistema de ponderación definido así:<br>Cumple: 10 puntos<br>No cumple: 0 puntos<br>Faltan datos: 5 puntos<br>Los criterios evaluados fueron: nombre y apellido, identificación, fecha de traslado, diagnóstico, EPS, datos de tripulación y móvil, historia clínica, procedimiento, medicamentos ordenados en el traslado y descripción del procedimiento realizado.<br>Resultados por Ambulancia<br>Ambulancia 4009<br>En el IV Trimestre de 2025 se evaluaron 10 bitácoras correspondientes a la ambulancia 4009.<br>Los resultados evidencian un alto nivel de cumplimiento, alcanzando |
| 92 | 1 | 30/03/2025 | Se adjunta seguimiento de las listas de chequeo aplicadas al personal de laboratorio, con base en el paquete instruccional de toma de muestra | 30/06/2025 | Se adjunta seguimiento de las listas de chequeo aplicadas al personal de laboratorio, con base en el paquete instruccional de toma de muestra para el segundo trimestre de 2025 | 30/09/2025 | Se adjunta seguimiento de las listas de chequeo aplicadas al personal de laboratorio, con base en el paquete instruccional de toma de muestra para el tercer trimestre de 2025 | 30/12/2025 | Se adjunta seguimiento de las listas de chequeo aplicadas al personal de laboratorio, con base en el paquete instruccional de toma de muestra para el cuarto trimestre de 2025 |
|  | 2 | 30/03/2025 | Se adjunta seguimiento de las listas de chequeo aplicadas al personal de laboratorio, con base en el paquete instruccional de toma de muestra | 30/06/2025 | Se adjunta seguimiento de las listas de chequeo aplicadas al personal de laboratorio, con base en el paquete instruccional de toma de muestra, para el segundo trimestre de 2025 | 30/09/2025 | Se adjunta seguimiento de las listas de chequeo aplicadas al personal de laboratorio, con base en el paquete instruccional de toma de muestra, para el tercer trimestre de 2025 | 30/12/2025 | Se adjunta seguimiento de las listas de chequeo aplicadas al personal de laboratorio, con base en el paquete instruccional de toma de muestra, para el cuarto trimestre de 2025 |
|  | 3 | 30/03/2025 | Se adjuntan soportes de capacitación para la correcta toma de muestras de Laboratorio Clínico | 30/06/2025 | Se adjuntan soportes de capacitación para la correcta toma de muestras de Laboratorio Clínico. | 30/09/2025 | Se adjuntan soportes de capacitación para la correcta toma de muestras de Laboratorio Clínico. | 30/12/2025 | Se adjuntan soportes de capacitación para la correcta toma de muestras de Laboratorio Clínico, para cuarto cuatrimestre de la vigencia 2025. |
|  | 4 | 30/03/2025 | Se realiza lista de chequeo en el primer trimestre del 2025 | 30/06/2025 | Se realiza lista de chequeo en el segundo trimestre del 2025 | 30/09/2025 | Se realiza lista de chequeo en el tercer trimestre del 2025 | 30/12/2025 | Se adjunta lista de chequeo para el tercer trimestre de 2025, sobre la correcta identificación del paciente en la fase preanalítica. |

Hospital San Rafael de Fusagasugá
"Hospital humano, hospital comprometido"

Código y Versión
PL-FT-12 V03
Página

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

**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. | | | | | | | | | | | | | | **PLAN DE ACCION:** se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia. | | | 1 TRIMESTRE | | 2 TRIMESTRE | | 3 TRIMESTRE | | 4 TRIMESTRE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | ATRIBUTOS | | | | | | | | | | | | | | | SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025 | |
| 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 | TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
| | | | | | | | | | | | | | | 5 | VERIFICACIÓN CRUZADA DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUESTRA (TUBO, STIKER VS SISTEMA) ANTES DE LA VALIDACIÓN DE RESULTADOS<br>EVIDENCIA: FORMATO DT-LB-FT-21 LISTA DE CHEQUEO DE PAQUETE INSTRUCCIONAL<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL. | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 13% | MUY BAJA | 40% | MENOR | | | VERIFICACIÓN CRUZADA DE IDENTIFICACIÓN DE LA MUESTRA (TUBO, STIKER VS SISTEMA) ANTES DE LA VALIDACIÓN DE RESULTADOS | COORDINADOR DE CALIDAD O QUIEN HAGA SUS VECES | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | Se adjunta seguimiento de las listas de chequeo aplicadas al personal de laboratorio, con base en el paquete instruccional de toma de muestra | 30/06/2025 | Se adjunta seguimiento de las listas de chequeo aplicadas al personal de laboratorio, con base en el paquete instruccional de toma de muestra para el segundo trimestre de 2025 | 30/09/2025 | Se adjunta seguimiento de las listas de chequeo aplicadas al personal de laboratorio, con base en el paquete instruccional de toma de muestra para el tercer trimestre de 2025 | 30/12/2025 | Se adjunta seguimiento de las listas de chequeo aplicadas al personal de laboratorio, con base en el paquete instruccional de toma de muestra para el cuarto trimestre de 2025 |
| 93 | APOYO DIAGNOSTICO / LABORATORIO CLÍNICO TOMA DE MUESTRAS | REPUTACIONAL | NO SE IDENTIFIQUE PRODUCTO NO CONFORME | FALTA DE ADHERENCIA A LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN EL SERVICIO | POSIBILIDAD DE REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO NO CONFIABLES | EMISIÓN DE RESULTADOS INCONGRUENTES CON LA CLINICA DEL PACIENTE | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | MANTENIMIENTO DIARIO DE LOS EQUIPOS DE LABORATORIO<br>PERIODICIDAD: DIARIO<br>EVIDENCIA: FORMATO DE REGISTRO DE MANTENIMIENTOS DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | REALIZAR CAPACITACIONES EN TOMA DE MUESTRAS Y CORRECTOS DE LA TOMA DE MUESTRAS | COORDINADOR DE CALIDAD O QUIEN HAGA SUS VECES | SEMESTRAL | 30/03/2025 | Se adjuntan soportes de capacitación para la correcta toma de muestras de Laboratorio Clínico. | 30/06/2025 | Se adjuntan soportes de capacitación para la correcta toma de muestras de Laboratorio Clínico. | 30/09/2025 | Se adjuntan soportes de capacitación para la correcta toma de muestras de Laboratorio Clínico. | 30/12/2025 | Se adjuntan soportes de capacitación para la correcta toma de muestras de Laboratorio Clínico. |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO PARA GARANTIZAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES<br>FORMATO REGISTRO DE ACTIVIDADES ÁREA DE PROCESAMIENTO CON CÓDIGO DT-LC-FT-36<br>PERIODICIDAD: DIARIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | | APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO PARA GARANTIZAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES | COORDINADOR DE CALIDAD O QUIEN HAGA SUS VECES | DIARIO | 30/03/2025 | Se realiza verificación de lista de chequeo de actividades, garantizando el óptimo cumplimiento de cada una de las responsabilidades asignadas por turno y área de procesamiento | 30/06/2025 | Se realiza verificación de lista de chequeo de actividades, garantizando el óptimo cumplimiento de cada una de las responsabilidades asignadas por turno y área de procesamiento para segundo trimestre de 2025 | 30/09/2025 | Se realiza verificación de lista de chequeo de actividades, garantizando el óptimo cumplimiento de cada una de las responsabilidades asignadas por turno y área de procesamiento para tercer trimestre de 2025 | 30/12/2025 | Se realiza verificación de lista de chequeo de actividades, garantizando el óptimo cumplimiento de cada una de las responsabilidades asignadas por turno y área de procesamiento para cuarto trimestre de 2025 |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | SEGUIMIENTO A CONTROL DE CALIDAD INTERNO<br>PERIODICIDAD: DIARIO<br>EVIDENCIA: FORMATO BITÁCORA SEGUIMIENTO A CONTROL DE CALIDAD INTERNO CON CÓDIGO DT-LC-FT-04 | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | | SEGUIMIENTO A CONTROL DE CALIDAD INTERNO<br>PERIODICIDAD: DIARIO | COORDINADOR DE CALIDAD O QUIEN HAGA SUS VECES | DIARIO | 30/03/2025 | Se adjunta formatos correspondientes al control interno de los equipos, del primer trimestre del año 2025 | 30/06/2025 | Se adjunta formatos correspondientes al control interno de los equipos, del primer trimestre del año 2025 | 30/09/2025 | Se adjunta formatos correspondientes al control interno de los equipos, del tercer trimestre del año 2025 | 30/12/2025 | Se adjuntan los formatos correspondientes a los controles de calidad internos realizados en cada una de las áreas del Laboratorio Clínico. |
| | | | | | | | | | | | | | | 4 | ANÁLISIS SEGUIMIENTO DEL CONTROL DE CALIDAD EXTERNO<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>FORMATO SEGUIMIENTO CONTROL DE CALIDAD EXTERNO DT-LC-FT-28 | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 13% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | | ANÁLISIS SEGUIMIENTO DEL CONTROL DE CALIDAD EXTERNO | COORDINADOR DE CALIDAD O QUIEN HAGA SUS VECES | MENSUAL | 30/03/2025 | Se cuenta con medición y análisis del primer trimestre, del análisis del seguimiento de control de calidad externo. Se adjunta ficha tecnica del indicador. | 30/06/2025 | Se cuenta con medición y análisis del segundo trimestre, del análisis del seguimiento de control de calidad externo. Se adjunta ficha técnica del indicador. | 30/09/2025 | Se cuenta con medición y análisis del tercer trimestre, del análisis del seguimiento de control de calidad externo. Se adjunta ficha técnica del indicador. | 30/12/2025 | Se cuenta con medición y análisis del cuarto trimestre, del análisis del seguimiento de control de calidad externo. Se adjunta ficha técnica del indicador. |
| | | | | | | | | | | | | | | 5 | CAPACITACION PRODUCTO NO CONFORME<br>PERIODICIDAD: CUATRIMESTRAL:<br>EVIDENCIA: POSTEST, LISTADO DE ASISTENCIA Y ACTA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 13% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | | CAPACITACION PRODUCTO NO CONFORME | COORDINADOR DE CALIDAD O QUIEN HAGA SUS VECES | MENSUAL | 30/03/2025 | Se adjunta evidencia de capacitación de PRODUCTO NO CONFORME, correspondiente a primer cuatrimestre del 2025 | 30/06/2025 | Se adjunta evidencia de capacitación de PRODUCTO NO CONFORME, correspondiente a segundo cuatrimestre del 2025. | 30/09/2025 | Se adjunta evidencia de capacitación de PRODUCTO NO CONFORME, correspondiente a segundo cuatrimestre del 2025. | 30/12/2025 | Se adjunta evidencia de capacitación de PRODUCTO NO CONFORME, correspondiente al tercer cuatrimestre del 2025. |
| 94 | APOYO DIAGNOSTICO / LABORATORIO CLÍNICO | REPUTACIONAL | OMISIÓN O NO VERIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS ANTES DE SE SER VALIDADOS | FALTA DE ADHERENCIA AL INSTRUCTIVO DE NOTIFICACIÓN DE VALORES CRÍTICOS | PROBABILIDAD DE REPORTE INOPORTUNO DE RESULTADOS CON VALORES CRÍTICOS | EVENTO ADVERSO O MUERTE DEL PACIENTE<br>RETRASOS EN EL TRATAMIENTO ADECUADO<br>PROLONGACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA | RIESGO EN SALUD | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | NOTIFICACIÓN DE VALORES CRÍTICOS<br>EVIDENCIA: FORMATO DT-LC-FT-23 V01 FORMATO NOTIFICACIÓN DE VALORES CRÍTICOS SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA<br>PERIODICIDAD: DIARIO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | NOTIFICACIÓN DE VALORES CRÍTICOS<br>EVIDENCIA: FORMATO DT-LC-FT-23 V01 FORMATO NOTIFICACIÓN DE VALORES CRÍTICOS SERVICIOS DE URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y CONSULTA EXTERNA | BACTERIÓLOGO O AUXILIAR DE TURNO | DIARIO | 30/03/2025 | Adjunto registro de datos críticos desde el 01 de enero de 2025 hasta el 31 de marzo de 2025. | 30/06/2025 | Adjunto registro de datos críticos desde el 01 de julio de 2025 hasta el 30 de septiembre de 2025. | 30/09/2025 | Adjunto registro de datos críticos desde el 01 de julio de 2025 hasta el 30 de septiembre de 2025. | 30/12/2025 | Adjunto registro de datos críticos desde el 01 de octubre de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025. |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | CAPACITACIÓN EN LA NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS CON VALORES CRÍTICOS<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: POSTEST, LISTADO DE ASISTENCIA Y ACTA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 34% | BAJA | 60% | MODERADO | | | CAPACITACIÓN EN LA NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS CON VALORES CRÍTICOS | BACTERIÓLOGO DE PROCESAMIENTO | DIARIO | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/06/2025 | Se realiza capacitación de NOTIFICACIÓN DE REPORTE DE DATOS CRÍTICOS, correspondiente a primer semestre de 2025 | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/12/2025 | Se realiza capacitación de NOTIFICACIÓN DE REPORTE DE DATOS CRÍTICOS, correspondiente al segundo semestre de 2025 |
| 95 | APOYO DIAGNOSTICO / LABORATORIO CLÍNICO | REPUTACIONAL | OMISIÓN O NO VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD DE LOS PACIENTES O USUARIOS EN LA ENTREGA DE RESULTADOS | FALTA DE ADHERENCIA AL PROCEDIMIENTO PARA LA ENTREGA DE RESULTADOS DE LABORATORIO CLÍNICO | PROBABILIDAD DE ENTREGA DE RESULTADO DE LABORATORIO A USUARIO EQUIVOCADO | RETRASOS EN EL TRATAMIENTO Y DIAGNOSTICO DEL PACIENTE | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | VALIDACIÓN DE ENTREGA DE RESULTADOS<br>EVIDENCIA: FORMATO DE ENTREGA DE RESULTADOS<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: FORMATO REGISTRO DE MUESTRAS PENDIENTES Y ENTREGA DE RESULTADOS DE LABORATORIO CODIGO DT-LC-FT-15 | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | VALIDACIÓN DE ENTREGA DE RESULTADOS MEDIANTE FORMATO DT-LC-FT-15 V01 FORMATO REGISTRO DE MUESTRAS PENDIENTES Y ENTREGA DE RESULTADOS DE LABORATORIO | AUXILIAR DE ENTREGA DE RESULTADOS | DIARIA | 30/03/2025 | Adjunto evidencia de formato de entrega de resultados de Laboratorio Clínico durante los meses de enero, febrero y marzo de 2025. | 30/06/2025 | Adjunto evidencia de formato de entrega de resultados de Laboratorio Clínico durante los meses de abril, mayo y junio de 2025. | 30/09/2025 | Adjunto evidencia de formato de entrega de resultados de Laboratorio Clínico durante los meses de julio, agosto y septiembre de 2025. | 30/12/2025 | Adjunto evidencia de formato de entrega de resultados de Laboratorio Clínico durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2025 |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | VERIFICACIÓN DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD FRENTE A SOFTWARE DE LABORATORIO CLÍNICO<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO DT-LC-FT-59 MEDICION DEL CICLO DE ATENCION DE LABORATORIO CLINICO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | | VERIFICACIÓN DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD FRENTE A SOFTWARE DE LABORATORIO CLÍNICO | AUXILIAR DE ENTREGA DE RESULTADOS | DIARIA | 30/03/2025 | Se realiza seguimiento semestral, aplicando la lista de chequeo correspondiente al servicio de toma de muestra | 30/06/2025 | Se adjunta seguimiento de las listas de chequeo aplicadas al personal de laboratorio, con base en el paquete instruccional de toma de muestra para el segundo trimestre de 2025 | 30/09/2025 | Se realiza seguimiento a tercer trimestre, aplicando la lista de chequeo correspondiente al servicio de toma de muestra | 30/12/2025 | Se realiza seguimiento a cuarto trimestre, aplicando la lista de chequeo correspondiente al servicio de toma de muestra |
| 96 | APOYO DIAGNOSTICO / LABORATORIO CLÍNICO 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 PREPARACIÓN | REPROCESOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE<br>RETRASOS EN EL DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PREANALITICAS DEL PACIENTE PARA LA TOMA DE LA MUESTRA<br>QUIEN: PERSONAL DEL LABORATORIO CUANDO MENSUAL<br>EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO DT-LC-FT-57 | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PREANALITICAS DEL PACIENTE PARA LA TOMA DE LA MUESTRA | PERSONAL DE LABORATORIO | MENSUAL | 30/03/2025 | Seguimiento trimestral del servicio de toma de muestra en el servicio de laboratorio clinico | 30/06/2025 | Se adjunta seguimiento de las listas de chequeo aplicadas al servicio de toma de muestra, con base en el paquete instruccional para el segundo trimestre de 2025 | 30/09/2025 | Se adjunta seguimiento de las listas de chequeo aplicadas al servicio de toma de muestra, con base en el paquete instruccional para el tercer trimestre de 2025 | 30/12/2025 | Se adjunta seguimiento de las listas de chequeo aplicadas al servicio de toma de muestra, con base en el paquete instruccional para el cuarto trimestre de 2025 |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE DESPLIGUE DE LAS CONDICIONES PREANALITICAS PARA TOMA DE LABORATORIOS<br>QUIEN: PERSONAL DE LABORATORIO<br>CUANDO: SEMESTRAL. | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 42% | MEDIA | 60% | MODERADO | | | DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE DESPLIGUE DE LAS CONDICIONES PREANALITICAS PARA TOMA DE LABORATORIOS | PERSONAL DE LABORATORIO | SEMESTRAL | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/06/2025 | Se adjunta seguimiento preliminar de diseño de folleto con preparaciones y condiciones de pacientes para la correcta toma de muestra. | 30/09/2025 | Se adjunta diseño final de folleto con preparaciones y condiciones de pacientes para la correcta toma de muestra, además de la distribución y divulgación del mismo en consulta externa y puestos de salud a cargo. | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE |
| 97 | APOYO DIAGNOSTICO / LABORATORIO CLÍNICO TOMA DE MUESTRAS | REPUTACIONAL | FALLAS EN TOMA DE MUESTRAS<br>FALTA DE ADHERENCIA DEL PERSONAL | MUESTRA COAGULADA<br>MUESTRA HEMOLIZADA<br>MUESTRA EN TUBO O MEDIO EQUIVOCADO<br>MUESTRA INSUFICIENTE<br>MUESTRA MAL O NO ROTULADA<br>VOLUMEN INADECUADO<br>RESULTADOS DISCREPANTES<br>CONDICIONES DEL PACIENTE | PROBABILIDAD DE RECHAZO DE MUESTRAS DE LABORATORIO | SOLICITUD DE NUEVA MUESTRA<br>DOBLE PUNCIÓN DEL PACIENTE<br>INOPORTUNIDAD EN EL REPORTE | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | CAPACITACIÓN EN LA TOMA DE MUESTRAS<br>PERIODICIDAD: CUATRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: POSTEST, LISTADO DE ASISTENCIA Y ACTA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | CAPACITACIÓN EN LA TOMA DE MUESTRAS | PERSONAL DE LABORATORIO | CUATRIMESTRAL | 30/03/2025 | Se adjuntan soportes de capacitación para la correcta toma de muestras de Laboratorio Clínico | 30/06/2025 | Se adjuntan soportes de capacitación para la correcta toma de muestras de Laboratorio Clínico | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA CUATRIMESTRALMENTE | 30/12/2025 | Se adjuntan soportes de capacitación para la correcta toma de muestras de Laboratorio Clínico. |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | AUDITORIA A LA FASE PRE ANALÍTICA DEL LABORATORIO<br>PERIODICIDAD: ANUAL<br>EVIDENCIA: INFORME DE AUDITORIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | | AUDITORIA A LA FASE PRE ANALÍTICA DEL LABORATORIO | PERSONAL DE LABORATORIO | ANUAL | 30/03/2025 | Se adjuntan listas de chequeo de la fase pre-analítica para la vigencia 2025, la cual refleja el compromiso de cada uno de los colaboradores del Laboratorio Clínico.<br>No se realiza auditoría ya que no estaba contemplada para la vigencia 2025 dentro del cronograma PAMEC. | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | SEGUIMIENTO AL PAQUETE INSTRUCCIONAL DE CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO DT-LC-FT-57 | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | | SEGUIMIENTO AL PAQUETE INSTRUCCIONAL DE CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO | PERSONAL DE LABORATORIO | MENSUAL | 30/03/2025 | Se aplica lista de chequeo en el servicio de toma de muestras, de la mano de los puestos de salud habilitados para toma muestra. | 30/06/2025 | Se aplica lista de chequeo en el servicio de toma de muestras, de la mano de los puestos de salud habilitados para toma muestra, para el segundo trimestre de 2025 | 30/09/2025 | Se aplica lista de chequeo en el servicio de toma de muestras, de la mano de los puestos de salud habilitados para toma muestra, para el tercer trimestre de 2025 | 30/12/2025 | Se aplica lista de chequeo en el servicio de toma de muestras, de la mano de los puestos de salud habilitados para toma muestra, para el cuarto trimestre de 2025 |
| | | | | | | | | | | | | | | 4 | SEGUIMIENTO A PRODUCTO NO CONFORME<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE PRODUCTO NO CONFORME DT-LC-FT-30 | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | | SEGUIMIENTO A PRODUCTO NO CONFORME | PERSONAL DE LABORATORIO | MENSUAL | 30/03/2025 | Se adjunta seguimiento trimestral de la matriz de producto no conforme. | 30/06/2025 | Se adjunta seguimiento trimestral de la matriz de producto no conforme. | 30/09/2025 | Se adjunta seguimiento trimestral de la matriz de producto no conforme. | 30/12/2025 | Se adjunta seguimiento trimestral de la matriz de producto no conforme. |
| | | | | | | | | | | | | | | 5 | AUDITORIA DE PRODUCTO NO CONFORME<br>PERIODICIDAD: ANUAL<br>EVIDENCIA: INFORME DE AUDITORIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 13% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | | AUDITORIA DE PRODUCTO NO CONFORME | PERSONAL DE LABORATORIO | ANUAL | 30/03/2025 | Se adjuntan indicadores de la vigencia 2025, que miden la adherencia a productos NO CONFORMES, adicionalmente se adjunta matriz diligenciada de productos NO CONFORMES para la vigencia. | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE |
| 98 | 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 TRASMISIÓN DE INFECCIONES POR ACEPTACIÓN DE DONANTE DE SANGRE SIN CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE DONACIÓN | AFECTACIÓN DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL<br>DEMANDAS O PROCESOS LEGALES | RIESGO EN SALUD | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | SOCIALIZACIÓN DE LAS CONDICIONES Y REQUISITOS PARA LA DONACIÓN DE SANGRE A DONANTES POTENCIALES MEDIANTE FOLLETOS Y REDES SOCIALES<br>QUIEN: AUXILIAR O BACTERIÓLOGO<br>PERIODICIDAD: DIARIO<br>EVIDENCIA: CAMPO DILIGENCIADO EN LA ENCUESTA CLÍNICA DEL DONANTE | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | REALIZAR SOCIALIZACIÓN DE LAS CONDICIONES Y REQUISITOS PARA LA DONACIÓN DE SANGRE A DONANTES POTENCIALES MEDIANTE FOLLETOS Y REDES SOCIALES | AUXILIAR O BACTERIÓLOGO | DIARIO | 30/03/2025 | En el primer trimestre de 2025 se tuvo una captación de 530 donantes de sangre, lo que genero la verificación en 1590 folios correspondientes a la documentación usada en la atención de donantes de sangre (Encuesta, ficha clínica y autoexclusión) que soporta la adecuada selección del donante acorde a laos requisitos normativos y técnicos vigentes, en la auditoria de encuesta se verifica la marcación de casilla de entrega de información para la donación de sangre, las encuestas se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre, se cuanta con folleto dispuesto en cada mesa para diligenciamiento de encuestas de selección de donantes | 30/06/2025 | En el segundo trimestre de 2025 se tuvo una captación de 492 donantes de sangre, lo que genero la verificación en 1476 folios correspondientes a la documentación usada en la atención de donantes de sangre (Encuesta de selección, ficha clínica y autoexclusión) que soporta la adecuada selección del donante acorde a laos requisitos normativos y técnicos vigentes, las encuestas se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre, de igual forma a todos los donantes captados cuentan con la realización de pruebas de tamizaje infeccioso, no se evidencia materialización del riesgo de transmisión de infecciones por aceptación de donantes de sangre sin cumplimiento de los requisitos de donación<br>se cuenta con folleto dispuesto en cada mesa para diligenciamiento de encuestas de selección de donantes y de pendones dispuestos en la entrada del servicio y en e área de entrevista de donantes de sangre. | 30/09/2025 | En el tercer trimestre de 2025 se tuvo una captación de 565 donantes de sangre, lo que genero la verificación en 1695 folios correspondientes a la documentación usada en la atención de donantes de sangre (Encuesta de selección, ficha clínica y autoexclusión) que soporta la adecuada selección del donante acorde a laos requisitos normativos y técnicos vigentes, las encuestas se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre, de igual forma a todos los donantes captados cuentan con la realización de pruebas de tamizaje infeccioso, no se evidencia materialización del riesgo de transmisión de infecciones por aceptación de donantes de sangre sin cumplimiento de los requisitos de donación<br>se cuenta con folleto dispuesto en cada mesa para diligenciamiento de encuestas de selección de donantes y de pendones dispuestos en la entrada del servicio y en e área de entrevista de donantes de sangre. | 30/12/2025 | En el cuarto trimestre de 2025 se tuvo una captación de 491 donantes de sangre, lo que genero la verificación en 1473 folios correspondientes a la documentación usada en la atención de donantes de sangre (Encuesta de selección, ficha clínica y autoexclusión) que soporta la adecuada selección del donante acorde a laos requisitos normativos y técnicos vigentes, las encuestas se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre, de igual forma a todos los donantes captados cuentan con la realización de pruebas de tamizaje infeccioso, no se evidencia materialización del riesgo de transmisión de infecciones por aceptación de donantes de sangre sin cumplimiento de los requisitos de donación<br>se cuenta con folleto dispuesto en cada mesa para diligenciamiento de encuestas de selección de donantes y de pendones dispuestos en la entrada del servicio y en e área de entrevista de donantes de sangre. |
| | | | | | | | | | | | | | | 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<br>QUIEN: BACTERIÓLOGO<br>PERIODICIDAD: DIARIA<br>EVIDENCIA: REGISTRO EN EL DT-BS-FT-02 FICHA CLÍNICA DEL DONANTE DE SANGRE CON SELLO Y FIRMA DEL PROCEDIMIENTO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 60% | MODERADO | | | 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 | BACTERIÓLOGO | DIARIO | 30/03/2025 | En el primer trimestre de 2025 se tuvo una captación de 530 donantes de sangre, lo que genero la verificación en 1590 folios correspondientes a la documentación usada en la atención de donantes de sangre (Encuesta, ficha clínica y autoexclusión) que soporta la adecuada selección del donante acorde a laos requisitos normativos y técnicos vigentes, las encuestas se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre | 30/06/2025 | En el segundo trimestre de 2025 se tuvo una captación de 492 donantes de sangre, lo que genero la verificación en 1476 folios correspondientes a la documentación usada en la atención de donantes de sangre (Encuesta de selección, ficha clínica y autoexclusión) que soporta la adecuada selección del donante acorde a laos requisitos normativos y técnicos vigentes, las encuestas se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre, de igual forma a todos los donantes captados cuentan con la realización de pruebas de tamizaje infeccioso, no se evidencia materialización del riesgo de transmisión de infecciones por aceptación de donantes de sangre sin cumplimiento de los requisitos de donación | 30/09/2025 | En el tarcer trimestre de 2025 se tuvo una captación de 565 donantes de sangre, lo que genero la verificación en 1695 folios correspondientes a la documentación usada en la atención de donantes de sangre (Encuesta de selección, ficha clínica y autoexclusión) que soporta la adecuada selección del donante acorde a laos requisitos normativos y técnicos vigentes, las encuestas se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre, de igual forma a todos los donantes captados cuentan con la realización de pruebas de tamizaje infeccioso, no se evidencia materialización del riesgo de transmisión de infecciones por aceptación de donantes de sangre sin cumplimiento de los requisitos de donación | 30/12/2025 | En el cuarto trimestre de 2025 se tuvo una captación de 491 donantes de sangre, lo que genero la verificación en 1473 folios correspondientes a la documentación usada en la atención de donantes de sangre (Encuesta de selección, ficha clínica y autoexclusión) que soporta la adecuada selección del donante acorde a laos requisitos normativos y técnicos vigentes, las encuestas se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre, de igual forma a todos los donantes captados cuentan con la realización de pruebas de tamizaje infeccioso, no se evidencia materialización del riesgo de transmisión de infecciones por aceptación de donantes de sangre sin cumplimiento de los requisitos de donación |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | REALIZACIÓN DE ENCUESTAS VERIFICANDO ANTECEDENTES CLÍNICOS. MEDIANTE FORMATO ENCUESTA PARA SELECCIÓN DE DONANTES DE SANGRE CON CÓDIGO DT-BS-FT-01 CON EL FIN DE SOPORTAR EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE CADA DONANTE<br>QUIEN: BACTERIÓLOGO<br>PERIODICIDAD: DIARIA<br>EVIDENCIA: ENCUESTA DILIGENCIADA CON SELLO Y FIRMA DEL PROCEDIMIENTO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 17% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | | REALIZACIÓN DE ENCUESTAS VERIFICANDO ANTECEDENTES CLÍNICOS. MEDIANTE FORMATO ENCUESTA PARA SELECCIÓN DE DONANTES DE SANGRE CON CÓDIGO DT-BS-FT-01 CON EL FIN DE SOPORTAR EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE CADA DONANTE | BACTERIÓLOGO | DIARIO | 30/03/2025 | En el primer trimestre de 2025 se tuvo una captación de 530 donantes de sangre, lo que genero la verificación en 1590 folios correspondientes a la documentación usada en la atención de donantes de sangre (Encuesta, ficha clínica y autoexclusión) que soporta la adecuada selección del donante acorde a laos requisitos normativos y técnicos vigentes, las encuestas se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre | 30/06/2025 | En el segundo trimestre de 2025 se tuvo una captación de 492 donantes de sangre, lo que genero la verificación en 1476 folios correspondientes a la documentación usada en la atención de donantes de sangre (Encuesta de selección, ficha clínica y autoexclusión) que soporta la adecuada selección del donante acorde a laos requisitos normativos y técnicos vigentes, las encuestas se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre, de igual forma a todos los donantes captados cuentan con la realización de pruebas de tamizaje infeccioso, no se evidencia materialización del riesgo de transmisión de infecciones por aceptación de donantes de sangre sin cumplimiento de los requisitos de donación | 30/09/2025 | En el tercer trimestre de 2025 se tuvo una captación de 565 donantes de sangre, lo que genero la verificación en 1695 folios correspondientes a la documentación usada en la atención de donantes de sangre (Encuesta de selección, ficha clínica y autoexclusión) que soporta la adecuada selección del donante acorde a laos requisitos normativos y técnicos vigentes, las encuestas se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre, de igual forma a todos los donantes captados cuentan con la realización de pruebas de tamizaje infeccioso, no se evidencia materialización del riesgo de transmisión de infecciones por aceptación de donantes de sangre sin cumplimiento de los requisitos de donación | 30/12/2025 | En el cuarto trimestre de 2025 se tuvo una captación de 491 donantes de sangre, lo que genero la verificación en 1473 folios correspondientes a la documentación usada en la atención de donantes de sangre (Encuesta de selección, ficha clínica y autoexclusión) que soporta la adecuada selección del donante acorde a laos requisitos normativos y técnicos vigentes, las encuestas se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre, de igual forma a todos los donantes captados cuentan con la realización de pruebas de tamizaje infeccioso, no se evidencia materialización del riesgo de transmisión de infecciones por aceptación de donantes de sangre sin cumplimiento de los requisitos de donación |
| | | | | | | | | | | | | | | 4 | AUDITORIA DE ENCUESTAS DE SELECCIÓN DE DONANTES DE SANGRE Y FICHAS CLÍNICAS<br>QUIEN: BACTERIÓLOGO PAR, COORDINADOR DE CALIDAD Y DIRECTOR DE BANCO DE SANGRE<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>EVIDENCIA: FIRMA Y SELLO DE VERIFICACIÓN SOBRE LA ENCUESTA DILIGENCIADA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 12% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | | REALIZAR AUDITORIA DE ENCUESTAS DE SELECCIÓN DE DONANTES DE SANGRE Y FICHAS CLÍNICAS | BACTERIÓLOGO PAR, COORDINADOR DE CALIDAD Y DIRECTOR DE BANCO DE SANGRE | SEMANAL | 30/03/2025 | En el primer trimestre de 2025 se tuvo una captación de 530 donantes de sangre, lo que genero la verificación en 1590 folios correspondientes a la documentación usada en la atención de donantes de sangre (Encuesta, ficha clínica y autoexclusión) que soporta la adecuada selección del donante acorde a laos requisitos normativos y técnicos vigentes, las encuestas se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre | 30/06/2025 | En el segundo trimestre de 2025 se tuvo una captación de 492 donantes de sangre, lo que genero la verificación en 1476 folios correspondientes a la documentación usada en la atención de donantes de sangre (Encuesta de selección, ficha clínica y autoexclusión) que soporta la adecuada selección del donante acorde a laos requisitos normativos y técnicos vigentes, las encuestas se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre, de igual forma a todos los donantes captados cuentan con la realización de pruebas de tamizaje infeccioso, no se evidencia materialización del riesgo de transmisión de infecciones por aceptación de donantes de sangre sin cumplimiento de los requisitos de donación | 30/09/2025 | En el tercer trimestre de 2025 se tuvo una captación de 565 donantes de sangre, lo que genero la verificación en 1695 folios correspondientes a la documentación usada en la atención de donantes de sangre (Encuesta de selección, ficha clínica y autoexclusión) que soporta la adecuada selección del donante acorde a los requisitos normativos y técnicos vigentes, las encuestas se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre, de igual forma a todos los donantes captados cuentan con la realización de pruebas de tamizaje infeccioso, no se evidencia materialización del riesgo de transmisión de infecciones por aceptación de donantes de sangre sin cumplimiento de los requisitos de donación | 30/12/2025 | En el cuarto trimestre de 2025 se tuvo una captación de 491 donantes de sangre, lo que genero la verificación en 1473 folios correspondientes a la documentación usada en la atención de donantes de sangre (Encuesta de selección, ficha clínica y autoexclusión) que soporta la adecuada selección del donante acorde a los requisitos normativos y técnicos vigentes, las encuestas se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre, de igual forma a todos los donantes captados cuentan con la realización de pruebas de tamizaje infeccioso, no se evidencia materialización del riesgo de transmisión de infecciones por aceptación de donantes de sangre sin cumplimiento de los requisitos de donación |
| | | | | | | | | | | | | | | 5 | REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE TAMIZAJE INFECCIOSAS INMUNOHEMATOLÓGICAS CON EL FIN DE IDENTIFICAR LA VIABILIDAD DE LA UNIDAD<br>QUIEN: BACTERIÓLOGOS DE CADA ÁREA<br>PERIODICIDAD: SEMANAL O SEGÚN NECESIDAD<br>EVIDENCIA: IMPRESOS DE LOS RESULTADOS | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 8% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | | REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE TAMIZAJE INFECCIOSAS INMUNOHEMATOLÓGICAS CON EL FIN DE IDENTIFICAR LA VIABILIDAD DE LA UNIDAD | BACTERIÓLOGOS DE CADA ÁREA | SEMANAL O SEGÚN NECESIDAD | 30/03/2025 | Para el primer trimestre de 2025 se han realizado 3640 pruebas de tamizaje de donantes de sangre correspondiente A 520 donantes procesados a corte de 27 de marzo con los 7 marcadores normativos (HIV, CORE, HCV, CHAGAS, HBAgS, HTLV y SIFILIS), los resultados impresos se encuentra en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre | 30/06/2025 | Para el segundo trimestre de 2025 se han realizado 3444 pruebas de tamizaje de donantes de sangre correspondiente a 492 donantes procesados con los 7 marcadores normativos (HIV, CORE, HCV, CHAGAS, HBAgS, HTLV y SIFILIS), los resultados impresos se encuentra en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre, los cuales también se encuentran cargados con cada numero de donación (con resultado e interpretación) en el sistemas hexabank, el cual migra su información a diario al sihevi del institutito nacional de salud, permitiendo la trazabilidad de la información del procesamiento de unidades, no se evidencia materialización del riesgo de probabilidad de transmisión de infecciones por aceptación de donantes de sangre sin cumplimiento de los requisitos de donación | 30/09/2025 | Para el tercer trimestre de 2025 se han realizado 3955 pruebas de tamizaje de donantes de sangre correspondiente a 565 donantes procesados con los 7 marcadores normativos (HIV, CORE, HCV, CHAGAS, HBAgS, HTLV y SIFILIS), los resultados impresos se encuentra en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre, los cuales también se encuentran cargados con cada numero de donación (con resultado e interpretación) en el sistemas hexabank, el cual migra su información a diario al sihevi del institutito nacional de salud, permitiendo la trazabilidad de la información del procesamiento de unidades, no se evidencia materialización del riesgo de probabilidad de transmisión de infecciones por aceptación de donantes de sangre sin cumplimiento de los requisitos de donación | 30/12/2025 | Para el cuarto trimestre de 2025 se han realizado 3437 pruebas de tamizaje de donantes de sangre correspondiente a 491 donantes procesados con los 7 marcadores normativos (HIV, CORE, HCV, CHAGAS, HBAgS, HTLV y SIFILIS), los resultados impresos se encuentra en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre, los cuales también se encuentran cargados con cada numero de donación (con resultado e interpretación) en el sistemas hexabank, el cual migra su información a diario al sihevi del institutito nacional de salud, permitiendo la trazabilidad de la información del procesamiento de unidades, no se evidencia materialización del riesgo de probabilidad de transmisión de infecciones por aceptación de donantes de sangre sin cumplimiento de los requisitos de donación |
| 99 | 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<br>DEMANDAS O PROCESOS LEGALES | RIESGO EN SALUD | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | SOCIALIZACIÓN DEL PAQUETE INSTRUCCIONAL PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS AL MANEJO Y DISPONIBILIDAD DE SANGRE Y HEMO COMPONENTES A ENFERMERÍA, SERVICIO PRETRANSFUSIONAL, Y MÉDICOS<br>QUIEN: COORDINADOR DE CALIDAD O DIRECTOR DE BANCO DE SANGRE<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACTAS DE ASISTENCIA Y POS TEST | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | SOCIALIZACIÓN DEL PAQUETE INSTRUCCIONAL PREVENIR COMPLICACIONES ASOCIADAS AL MANEJO Y DISPONIBILIDAD DE SANGRE Y HEMO COMPONENTES A ENFERMERÍA, SERVICIO PRETRASNFUCCIIONAL, Y MÉDICOS | COORDINADOR DE CALIDAD O DIRECTOR DE BANCO DE SANGRE | SEMESTRAL | 30/03/2025 | En el primer trimestre de 2025 se realizo capacitación del programa de hemo vigilancia y del paquete instruccional prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad, manejo de sangre, hemocomponentes y a las transfusión, teniendo despliegue en 48 profesionales de medicina y a 242 colaboradores del área de enfermería | 30/06/2025 | En el segundo trimestre de 2025 se realizo capacitación del programa de hemo vigilancia y del paquete instruccional prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad, manejo de sangre, hemocomponentes y a las transfusión, teniendo despliegue en 8 colaboradores del Subproceso de banco de sangre y gestión pre transfusional, no se evidencio materialización de riesgo de transfusion de unidades incompatibles | 30/09/2025 | En el tercer trimestre se realizo capacitación del programa de hemo vigilancia y del paquete instruccional prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad, manejo de sangre, hemocomponentes y a las transfusión, teniendo despliegue en 13 colaboradores del área de enfermería y 3 de medicina | 30/12/2025 | En el cuarto trimestre se realizo capacitación del programa de hemo vigilancia y del paquete instruccional prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad, manejo de sangre, hemocomponentes y a las transfusión, teniendo despliegue en 4 colaboradores del área de enfermería y 3 de medicina |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | RONDAS DE VERIFICACIÓN DE TRANSFUSIÓN SEGURA<br>QUIEN: PERSONAL DE BANCO DE SANGRE<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: LISTAS APLICADA MEDIANTE FORMATO DA-BS-FT 55 **FORMATO DE RONDAS DE SEGURIDAD DE HEMO VIGILANCIA E INFORME*<br>REALIZACIÓN DE PRUEBAS Y REGISTRO EN EL SISTEMA HEXABANK<br>PERIODICIDAD: DIARIO<br>QUIEN: REFERENTE DE BANCO DE SANGRE | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 34% | BAJA | 60% | MODERADO | | | RONDAS DE VERIFICACIÓN DE TRANSFUSIÓN SEGURA<br>QUIEN: PERSONAL DE BANCO DE SANGRE | COORDINADOR DE CALIDAD O DIRECTOR DE BANCO DE SANGRE | MENSUAL | 30/03/2025 | En el primer trimestre de 2025 se realizaron 12 rondas de seguridad de hemo vigilancia en los diferentes servicios de urgencias e internación de la institución con una adherencia de 99.5% | 30/06/2025 | En el segundo trimestre de 2025 se realizaron 23 rondas de seguridad de hemovigilancia en los diferentes servicios de urgencias, internación y del servicio de gestión pre transfusional de la institución con una adherencia de 100%, en estas se verifica la adherencia a las buenas practicas y aplicación de controles en la practica transfusional, no se evidencia materialización del riesgo de probabilidad de entrega de unidades incompatibles para transfusion | 30/09/2025 | En el tercer trimestre de 2025 se realizaron 24 rondas de seguridad de hemovigilancia en los diferentes servicios de urgencias, internación y del servicio de gestión pre transfusional de la institución con una adherencia de 199.7%, en estas se verifica la adherencia a las buenas practicas y aplicación de controles en la practica transfusional, no se evidencia materialización del riesgo de probabilidad de entrega de unidades incompatibles para transfusion | 30/12/2025 | En el cuarto trimestre de 2025 se realizaron 21 rondas de seguridad de hemovigilancia en los diferentes servicios de urgencias, internación y del servicio de gestión pre transfusional de la institución con una adherencia de 100%, en estas se verifica la adherencia a las buenas practicas y aplicación de controles en la practica transfusional, no se evidencia materialización del riesgo de probabilidad de entrega de unidades incompatibles para transfusion |
| 100 | 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 SGPT | POSIBILIDAD DE INCUPLIMIENTO EN LA DISPONIBILIDAD DE HEMO COMPONENTES | DEMANDAS O PROCESOS LEGALES<br>COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD DE SANGRE O SUS COMPONENTES<br>TRATAMIENTO INOPORTUNO | RIESGO EN SALUD | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | SEGUIMIENTO Y CONTROL DE STOCK DE HEMO COMPONENTES MEDIANTE FORMATO DE STOCK DE HEMO COMPONENTES<br>QUIEN : BACTERIÓLOGO<br>PERIODICIDAD: DIARIA<br>EVIDENCIA: FORMATO DE STOK DE HEMOCOMPONENTES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | SEGUIMIENTO Y CONTROL DE STOCK DE HEMO COMPONENTES MEDIANTE FORMATO DE STOCK DE HEMO COMPONENTES | BACTERIÓLOGO | DIARIA | 30/03/2025 | En el primer trimestre se realizo verificación diaria del stock de hemocomponentes, como se contempla en el inicio de actividades del servicio, teniendo un total de 90 verificaciones, las cuales se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre y gestión Pretransfusional | 30/06/2025 | En el segundo trimestre se realizo verificación diaria del stock de hemocomponentes, como se contempla en el inicio de actividades del servicio, teniendo un total de 91 verificaciones, las cuales se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre y gestión Pre transfusional, las cuales son generadas desde el sistema Hexabank que a su ves migra su información al sistema Sihevi del instituto nacional de salud, lo que permite la trazabilidad de las unidades de componentes saguineos desde su captacion, procesamiento, uso y disposición final, no se evidencia materialización del riesgo de desviación de sangre por fuera de la red de bancos de sangre y gestión pretransfusional. | 30/09/2025 | En el tercer trimestre se realizo verificación diaria del stock de hemocomponentes, como se contempla en el inicio de actividades del servicio, teniendo un total de 92 verificaciones, las cuales se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre y gestión Pre transfusional, las cuales son generadas desde el sistema Hexabank que a su ves migra su información al sistema Sihevi del instituto nacional de salud, lo que permite la trazabilidad de las unidades de componentes saguineos desde su captacion, procesamiento, uso y disposición final, no se evidencia materialización del riesgo de desviación de sangre por fuera de la red de bancos de sangre y gestión pretransfusional. | 30/12/2025 | En el cuarto trimestre se realizo verificación diaria del stock de hemocomponentes, como se contempla en el inicio de actividades del servicio, teniendo un total de 92 verificaciones, las cuales se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre y gestión Pre transfusional, las cuales son generadas desde el sistema Hexabank que a su ves migra su información al sistema Sihevi del instituto nacional de salud, lo que permite la trazabilidad de las unidades de componentes saguineos desde su captacion, procesamiento, uso y disposición final, no se evidencia materialización del riesgo de desviación de sangre por fuera de la red de bancos de sangre y gestión pretransfusional. |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | GENERACIÓN DE PEDIDOS MENSUALES DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL PROCESAMIENTO DE HEMO COMPONENTES<br>QUIEN: DIRECTORA DEL BANCO<br>EVIDENCIA: CORREO CON LOS PEDIDOS<br>PERIODICIDAD: MENSUAL O A NECESIDAD | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 0% | LEVE | | | GENERACIÓN DE PEDIDOS MENSUALES DE INSUMOS Y REACTIVOS PARA EL PROCESAMIENTO DE HEMO COMPONENTES | DIRECTORA DEL BANCO DE SANGRE | MENSUAL O A NECESIDAD | 30/03/2025 | En el primer trimestre se realizaron 4 pedidos los cuales contemplan los insumos y reactivos usados en el servicio para la captación y procesamiento de sangre y componentes sanguineos | 30/06/2025 | En el segundo trimestre se realizaron 6 pedidos los cuales contemplan los insumos y reactivos usados en el servicio para la captación y procesamiento de sangre y componentes sanguíneos, no se evidencia materialización del riesgo de posibilidad de incumplimiento de disponibilidad de hemocomponentes | 30/09/2025 | En el tercer trimestre se realizaron 9 pedidos los cuales contemplan los insumos y reactivos usados en el servicio para la captación y procesamiento de sangre y componentes sanguíneos, no se evidencia materialización del riesgo de posibilidad de incumplimiento de disponibilidad de hemocomponentes | 30/12/2025 | En el cuarto trimestre se realizaron 2 pedidos los cuales contemplan los insumos y reactivos usados en el servicio para la captación y procesamiento de sangre y componentes sanguíneos, no se evidencia materialización del riesgo de posibilidad de incumplimiento de disponibilidad de hemocomponentes |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | ESTRATEGIAS DE CAPTACIÓN DE POSIBLES DONANTES MEDIANTE CAMPAÑAS O DESPLIEGUE EN REDES SOCIALES<br>QUIEN: TALENTO HUMANO DE BANCO DE SANGRE Y ÁREA DE COMUNICACIONES<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: SOLICITUDES DE CAMPAÑAS Y DESPLIEGUES DE COMUNICACIONES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 17% | MUY BAJA | 0% | LEVE | | | REALIZAR ESTRATEGIAS DE CAPTACIÓN DE POSIBLES DONANTES MEDIANTE CAMPAÑAS O DESPLIEGUE EN REDES SOCIALES | TALENTO HUMANO DE BANCO DE SANGRE | MENSUAL O A NECESIDAD | 30/03/2025 | Para el primer trimestre de 2025 se realizaron 4 campañas de donación extramural y despliegue en medios de comunicación autorizados por la institución con el fin de promover la donación de sangre | 30/06/2025 | Para el segundo trimestre de 2025 se realizaron 5 campañas de donación extramural y 9 publicaciones de despliegue en medios de comunicación autorizados por la institución con el fin de promover la donación de sangre, no se evidencias materialización del regiego de posibilidad de incumplimiento en la disponibilidad de componentes sanguineos | 30/09/2025 | Para el tercer trimestre de 2025 se realizaron 5 campañas de donación extramural y 5 publicaciones de despliegue en medios de comunicación autorizados por la institución con el fin de promover la donación de sangre, no se evidencias materialización del regiego de posibilidad de incumplimiento en la disponibilidad de componentes sanguineos | 30/12/2025 | Para el cuarto trimestre de 2025 se realizaron 6 campañas de donación extramural y 6 publicaciones de despliegue en medios de comunicación autorizados por la institución con el fin de promover la donación de sangre, no se evidencias materialización del regiego de posibilidad de incumplimiento en la disponibilidad de componentes sanguineos |
| | | | | | | | | | | | | | | 1 | GENERACIÓN DE FORMATO DE ORDEN Y DE CONSENTIMIENTO INFORMADO<br>QUIEN: MEDICO<br>PERIODICIDAD:; CADA VEZ QUE SE SOLICITE UN HEMOCOMPONENTE<br>EVIDENCIA: FORMATO BS-FT-31 SOLICITUD DE RESERVA Y/O TRANSFUSION DE COMPONENTES SANGUINEOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | | | GENERACIÓN DE FORMATO DE ORDEN Y DE CONSENTIMIENTO INFORMADO | MEDICO | CADA VEZ QUE SE SOLICITE UN HEMOCOMPONENTE | 30/03/2025 | En el primer trimestre de 2025 se realizo el diligenciamiento del formato DT-BS-FT-32 Formato de recepción y trentena de muestras y componentes representando 54 folios que se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre este consolida la relaciona de los FORMATO BS-FT-31 SOLICITUD DE RESERVA Y/O TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS, en el periodo hubo 683 transfusiones y se realizaron 752 pruebas cruzadas | 30/06/2025 | En el segundo trimestre de 2025 se realizo el diligenciamiento del formato DT-BS-FT-32 Formato de recepción y trentena de muestras y componentes representando 48 folios que se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre este consolida la relaciona de los FORMATO BS-FT-31 SOLICITUD DE RESERVA Y/O TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS, en el periodo hubo 714 transfusiones y se realizaron 986 pruebas cruzadas a 265 pacientes, no se evidencia materialización del riesgo de posibilidad de complicaciones asociadas al manejo de componentes y transfusión | 30/09/2025 | En el tercer trimestre de 2025 se realizo el diligenciamiento del formato DT-BS-FT-32 Formato de recepción y trentena de muestras y componentes representando 84 folios que se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre este consolida la relaciona de los FORMATO BS-FT-31 SOLICITUD DE RESERVA Y/O TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS, en el periodo hubo 698 transfusiones y se realizaron 965 pruebas cruzadas a 248 pacientes, no se evidencia materialización del riesgo de posibilidad de complicaciones asociadas al manejo de componentes y transfusión | 30/12/2025 | En el tercer trimestre de 2025 se realizo el diligenciamiento del formato DT-BS-FT-32 Formato de recepción y trentena de muestras y componentes representando 75 folios que se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre este consolida la relaciona de los FORMATO BS-FT-31 SOLICITUD DE RESERVA Y/O TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS, en el periodo hubo 607 transfusiones y se realizaron 924 pruebas cruzadas a 230 pacientes, no se evidencia materialización del riesgo de posibilidad de complicaciones asociadas al manejo de componentes y transfusión |

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

Código y Versión
PL-FT-12 V03
Página

| | |
|---|---|
| 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

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 101 | 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<br>COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DISPONIBILIDAD DE SANGRE O SUS COMPONENTES<br>TRATAMIENTO INOPORTUNO | RIESGO EN SALUD | PROCESO | ALTA | 0,8 | MODERADO | 60% | ALTA |
| 102 | APOYO DIAGNOSTICO / REACTIVOVIGILANCIA | REPUTACIONAL | Fallas en las Condiciones de acondicionamiento | Almacenamiento inadecuado<br>Manejo inadecuado de reactivos<br>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 | 0,8 | MODERADO | 60% | ALTA |
| 103 | APOYO DIAGNOSTICO / REACTIVOVIGILANCIA | REPUTACIONAL | FALLAS EN EL SEGUIMIENTO DE LA RECEPCIÓN DE REACTIVOS | FALLAS EN EL SEGUIMIENTO DE LA RECEPCIÓN DE REACTIVOS | POSIBILIDAD DE RECEPCION Y USO DE REACTIVOS QUE NO CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE CALIDAD ESTABLECIDOS | DEMANDAS O PROCESOS LEGALES<br>APOYO DIAGNOSTICO INOPORTUNO<br>RESULTADOS INCORRECTOS O IMPRECISOS | RIESGO EN SALUD | PROCESO | ALTA | 0,8 | MODERADO | 60% | ALTA |
| 104 | QUIRÚRGICAS | ECONOMICO | NO DISPONIBILIDAD DE SALA<br>NO DISPONIBILIDAD DE INSUMOS<br>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<br>INOPORTUNIDAD PARA EL ACCESO AL PROCEDIMIENTO<br>DISMINUCIÓN EN LA PROGRAMACIÓN DE CIRUGIA | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 105 | QUIRÚRGICAS | 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 | EVENTO ADVERSO<br>AUMENTO DE LA ESTANCIA DEL PACIENTE | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 106 | QUIRURGICAS /ESTERILIZACIÓN | REPUTACIONAL | FALTA DE INDICADORES<br>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 ATENCIÓ EN PUESTO DE SALUD | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MAYOR | 80% | ALTA |
| 107 | QUIRURGICAS /ESTERILIZACIÓN | REPUTACIONAL | FALLAS EN LAVANDERÍA QUE AFECTAN LA CANTIDAD DE ROPA DE TELA PARA PAQUETES DE ROPA Y ENVOLVEDEROS 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 INSUMOS O FALLAS EN LOS EQUIPOS | CANCELACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y ATENCIÓ EN PUESTO DE SALUD | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 108 | QUIRURGICAS /ESTERILIZACIÓN | REPUTACIONAL | FALLAS EN LAVANDERÍA QUE AFECTAN LA CANTIDAD DE ROPA DE TELA PARA PAQUETES DE ROPA Y ENVOLVEDEROS 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 ATENCIÓ EN PUESTO DE SALUD | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |

**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 | No CONTROL | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | ATRIBUTOS | | | | | | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO | | | | | | |
| 101 | 2 | RECEPCION Y ENTREGA DE HEMOCOMPNENTES<br>QUIEN: PERSONAL ASISTENCIAL DE BANCO DE SANGRE Y SERVICIO TRANSFUSIONAL<br>PERIODICIDAD: CADA VEZ QUE SE REALIZA ENTREGA DE COMPONENTES<br>EVIDENCIA: FORMATO RECEPCION Y ENTRGA DE MUESTRAS Y COMPONENTES BS-FT-32 | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 0% | LEVE | MODERADO | REDUCIR |
| 101 | 3 | CONTROL DE TRANSFUSIONES MEDIANTE FORMATO DONDE SE VERIFICAN LAS CONDICIONES PARA LA TRANSFUSION<br>QUIEN: PERSONAL QUE REALIZA LA TRANSFUSION<br>PERIODICIDAD: CADA QUE SE REALIZA UNA TRANSFUSION<br>EVIDENCIA FORMATO DE CONTROL DE TRANSFUSION DT-BS-FT-33 | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 17% | MUY BAJA | 0% | LEVE | | |
| 101 | 4 | RONDAS DE SEGURIDAD PARA REALIZAR BUSQUEDA ACTIVA DE NOVEDADES DE SEGURIDAD RELACIONADAS CON TRANSFUSION<br>QUIEN: PERSONAL DE BANCO DE SANGRE<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: FORMATO DE VERIFICACION HEMOVIGILNACIA Y PAQUETE INSTRUCCIONAL DE BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE GESTION PRETRANSFUSIONAL DT-BS-FT-60 | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 10% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 102 | 1 | RONDAS DE SEGURIDAD PARA REALIZAR BUSQUEDA ACTIVA DE NOVEDADES DE SEGURIDAD RELACIONADAS CON RDIV<br>QUIEN: PERSONAL ASISTENCIAL DE APOYO DIAGNOSTICO Y REFERENTE DEL PROGRAMA DE REACTIVOVIGILANCIA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: FORMATO DE VERIFICACION Y SEGUIMIENTO A REACTIVOS DE DIAGNOSTICO IN VITRO DE LOS SERVICIOS DT-BS-FT-61 | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 103 | 1 | RECEPCION TECNICA DE REACTIVOS<br>QUIEN: APOYO ADMINSTRATIVO AL PROCESO DE APOYO DIAGNOSTICO<br>PERIODICIDAD: CADA VEZ QUE LLEGAN LOS REACTIVOS E INSUMOS<br>EVIDENCIA: FORMATO DT-LC-FT-14 KARDEX DE INSUMOS Y/O REACTIVOS RF-AL-FT-03 | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 104 | 1 | PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Y LLAMADA TELEFONICA CON EL FIN DE CONFIRMAR LA CIRUGIA<br>QUIEN: AUXILIAR DE PROGRAMACIÓN<br>PERIODICIDAD: DIARIO (LUNES - A VIERNES)<br>EVIDENCIA: DRIVE DE PROGRAMACIÓN Y DINÁMICA GERENCIAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 104 | 2 | VERIFICACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS ENTRE DINAMIA GERENCIAL Y EL DRIVE DE PROGRAMACIÓN<br>QUIEN: COORDINACIÓN DE CIRUGÍA<br>PERIODICIDAD: DIARIO (LUNES - A VIERNES)<br>EVIDENCIA: DRIVE DE PROGRAMACIÓN Y DINÁMICA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 42% | MEDIA | 60% | MODERADO | | |
| 104 | 3 | VERIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA<br>QUIEN: AUXILIAR DE SALA<br>PERIODICIDAD: DIARIO (LUNES - A VIERNES)<br>EVIDENCIA: VERIFICACIÓN REGISTRADA EN DINÁMICA GERENCIAL | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 105 | 1 | DISEÑO DE ESTRATEGIAS LUDICOPEDAGOGICAS DE SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE HIGIENE DE MANOS<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>QUIEN: REFERENTE DEL SERVICIO<br>EVIDENCIA: INFORME | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 105 | 2 | VERIFICACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA ENTRE LOS 30 A 60 MINUTOS<br>QUIEN: PERSONAL DE ENFERMERIA<br>EVIDENCIA: DRIVE DE REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA<br>PERIODICIDAD: A DEMANDA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 42% | MEDIA | 60% | MODERADO | | |
| 105 | 3 | REALIZAR LA OBSERVANCIA DE LA APLICACIÓN DE LOS MOMENTOS DE HIGIENE DE MANOS PARA LA MONITORIZACIÓN DEL INDICADOR.<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO EN ALMERA<br>QUIEN: REFERENTE DE SALAS DE CIRUGIA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | MEDIA | 60% | MODERADO | | |
| 106 | 1 | SEGUIMIENTO A INDICADOR BIOLÓGICO DE VAPOR CON EL FIN DE DEMOSTRAR QUE EL MATERIAL QUE SE ESTE PROCESANDO SE ENCUENTRE ESTÉRIL<br>QUIEN: REFERENTE DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>EVIDENCIA: INFORME MENSUAL DE INDICADORES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 80% | MAYOR | MODERADO | REDUCIR |
| 106 | 2 | SEGUIMIENTO A INDICADOR BIOLÓGICO DE PEROXIDO, CON EL FIN DE DEMOSTRAR QUE EL MATERIAL QUE SE ESTE PROCESANDO SE ENCUENTRE ESTÉRIL<br>QUIEN: REFERENTE DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>EVIDENCIA: INFORME MENSUAL DE INDICADORES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 80% | MAYOR | | |
| 106 | 3 | SEGUIMIENTO A INDICADOR DE FUNCIONAMIENTO DE AUTOCLAVE ( BOWIE DICK)<br>QUIEN: REFERENTE DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>EVIDENCIA: INFORME MENSUAL DE INDICADORES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 80% | MAYOR | | |
| 106 | 4 | NUEVA CARGA DEL MATERIAL CUANDO EL INDICADOR BIOLÓGICO ES POSITIVO<br>PERIODICIDAD: EN DESVIACIÓN DEL INDICADOR<br>QUIEN: OPERARIO DE ESTERILIZACIÓN<br>EVIDENCIA: FOLIO DE CARGAS | CORRECTIVO 10% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 25% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 107 | 1 | SOLICITUD DE INSUMOS PARA LA PRODUCCIÓN EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN A BODEGA<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>QUIEN: REFERENTE DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN<br>EVIDENCIA: COPIA DEL PEDIDO RADICADO EN BODEGA<br>PARA QUE: CONTAR CON INSUMOS PARA LA REALIZACIÓN DE MATERIAL DE RESERVA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 107 | 2 | VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO DE VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | | |
| 107 | 3 | VERIFICACIÓN DE LOS INSUMOS ENTREGADOS POR BODEGA VS LO SOLICITADO<br>QUIEN: REFERENTE DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>EVIDENCIA: CONFIRMACIÓN DE PEDIDO | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | MEDIA | 60% | MODERADO | | |
| 108 | 1 | VERIFICACIÓN DE ROPA ENTREGADA DIARIAMENTE POR LAVANDERÍA A CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN MEDIANTE FORMATO "SEGUIMIENTO ENTREGA DE ROPA A CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN"<br>QUIEN: REFERENTE DE ESTERILIZACIÓN<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: FORMATO DE ROPA ENTREGADA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 108 | 2 | VERIFICACIÓN DE ENTREGA DE ROPA ESTÉRIL A CIRUGÍA MEDIANTE FORMATO "SEGUIMIENTO ENTREGA DE ROPA A CIRUGÍA"<br>QUIEN: REFERENTE DE ESTERILIZACIÓN<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>PARA QUE: PODER LLEVAR EL CONTROL DE ROPA ENTREGADA A LAVANDERÍA<br>EVIDENCIA: FORMATO "SEGUIMIENTO ENTREGA DE ROPA A CIRUGÍA" | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | |

**PLAN DE ACCION:** se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia.

| REFERENCIA | No CONTROL | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD | 1 TRIMESTRE | | 2 TRIMESTRE | | 3 TRIMESTRE | | 4 TRIMESTRE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025 | |
| | | | | | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
| 101 | 2 | RECEPCION Y ENTREGA DE HEMOCOMPNENTES<br>QUIEN: PERSONAL ASISTENCIAL DE BANCO DE SANGRE Y SERVICIO TRANSFUSIONAL | PERSONAL ASISTENCIAL DE BANCO DE SANGRE Y SERVICIO TRANSFUSIONAL | CADA VEZ QUE SE REALIZA ENTREGA DE COMPONENTES | 30/03/2025 | En el primer trimestre de 2025 se realizaron 13 rondas de seguridad del programa de reactivovigilancia en las cuales se verifica el cumplimiento de la recepción técnica de RDIVIa en los servicios objeto del programa, no se evidencian desviaciones en la conservación de estos insumos | 30/06/2025 | En el segundo trimestre de 2025 se realizaron 13 rondas de seguridad del programa de reactivovigilancia en las cuales se verifica los registros de recepción técnica, conservación, semaforización y registro de fecha de inicio de reactivos de diagnostico in vitro en los servicios objeto del programa entre los que se encuentra el servicio de banco de sangre, no se evidencian desviaciones que afecten la calidad en la conservación de los reactivos de diagnostico in vitro, no se evidencia materialización del riesgo de posibilidad de deterioro de reactivos por inadecuado uso, manejo o almacenamiento de los mismos. | 30/09/2025 | En el tercer trimestre de 2025 se realizaron 12 rondas de seguridad del programa de reactivovigilancia en las cuales se verifica los registros de recepción técnica, conservación, semaforización y registro de fecha de inicio de reactivos de diagnostico in vitro en los servicios objeto del programa entre los que se encuentra el servicio de banco de sangre, no se evidencian desviaciones que afecten la calidad en la conservación de los reactivos de diagnostico in vitro, no se evidencia materialización del riesgo de posibilidad de deterioro de reactivos por inadecuado uso, manejo o almacenamiento de los mismos. | 30/12/2025 | En el cuarto trimestre de 2025 se realizaron 12 rondas de seguridad del programa de reactivovigilancia en las cuales se verifica los registros de recepción técnica, conservación, semaforización y registro de fecha de inicio de reactivos de diagnostico in vitro en los servicios objeto del programa entre los que se encuentra el servicio de banco de sangre, no se evidencian desviaciones que afecten la calidad en la conservación de los reactivos de diagnostico in vitro, no se evidencia materialización del riesgo de posibilidad de deterioro de reactivos por inadecuado uso, manejo o almacenamiento de los mismos. |
| 101 | 3 | CONTROL DE TRANSFUSIONES MEDIANTE FORMATO DONDE SE VERIFICAN LAS CONDICIONES PARA LA TRANSFUSION | PERSONAL QUE REALIZA LA TRANSFUSION | CADA QUE SE REALIZA UNA TRANSFUSION | 30/03/2025 | En el primer trimestre de 2025 de realizo transfusión de 683 componentes sanguíneos a 191 pacientes, los formatos son verificados a diario y están consolidados en 344 folios que se conservan en el archivo del servicio de banco de sangre y gestión pre transfusional, en el trimestre se presentaron 2 reacciones adversas a la transfusión alérgicas, las cuales son reacciones esperadas en la transfusión de plaquetas y plasmas, los componentes asociados fueron unidades de plaquetas<br>Transfusiones 1er trimestre 2025.pdfTransfusiones 1er trimestre 2025.pdf | 30/06/2025 | En el segundo trimestre de 2025 de realizo transfusión de 714 componentes sanguíneos a 265 pacientes, los formatos son verificados a diario y están consolidados en 309 folios que se conservan en el archivo del servicio de banco de sangre y gestión pre transfusional, las unidades enviadas a transfundir son despachadas desde el sistema hexabank y este migra información diaria a sihevi del instituto nacional de salud, lo que permite la trazabilidad de movimientos y despachos de componentes a transfundir, en el trimestre se presento 1 reacción adversa a la transfusión relacionada con condición de poli transfundido y condición clínica, no se evidencia materialización del riesgo de posibilidad de complicaciones asociadas al manejo de componentes sanguíneos y la transfusion. | 30/09/2025 | En el tercer trimestre de 2025 de realizo transfusión de 698 componentes sanguíneos a 248 pacientes, los formatos son verificados a diario y están consolidados en 471 folios que se conservan en el archivo del servicio de banco de sangre y gestión pre transfusional, las unidades enviadas a transfundir son despachadas desde el sistema hexabank y este migra información diaria a sihevi del instituto nacional de salud, lo que permite la trazabilidad de movimientos y despachos de componentes a transfundir, en el trimestre se presento 1 reacción adversa a la transfusión, siendo una reacción febril no hemolítica, estando dentro de las esperadas en las transfusiones, sin estar relacionadas con fallas en la cadena transfusional, no se evidencia materialización del riesgo de posibilidad de complicaciones asociadas al manejo de componentes sanguíneos y la transfusión. | 30/12/2025 | En el cuarto trimestre de 2025 de realizo transfusión de 607 componentes sanguíneos a 230 pacientes, los formatos son verificados a diario y están consolidados en 437 folios que se conservan en el archivo del servicio de banco de sangre y gestión pre transfusional, las unidades enviadas a transfundir son despachadas desde el sistema hexabank y este migra información diaria a sihevi del instituto nacional de salud, lo que permite la trazabilidad de movimientos y despachos de componentes a transfundir, en el trimestre no se presentaron reacciónes adversas a la transfusión, no se evidencian fallas en la cadena transfusional, no se evidencia materialización del riesgo de posibilidad de complicaciones asociadas al manejo de componentes sanguíneos y la transfusión. |
| 101 | 4 | RONDAS DE SEGURIDAD PARA REALIZAR BUSQUEDA ACTIVA DE NOVEDADES DE SEGURIDAD RELACIONADAS CON TRANSFUSION | PERSONAL DE BANCO DE SANGRE | MENSUAL | 30/03/2025 | En el primer trimestre de 2025 se realizaron 13 rondas de seguridad del programa de reactivovigilancia en las cuales se verifica el cumplimiento de la recepción técnica de RDIV y la gestión de estos en su ciclo de vida en la institución, las rondas se realizaron en los servicios objeto del programa, no se evidencian desviaciones en la conservación de estos insumos | 30/06/2025 | En el segundo trimestre de 2025 se realizaron 13 rondas de seguridad del programa de reactivovigilancia en las cuales se verifica los registros de recepción técnica, conservación, semaforización y registro de fecha de inicio de reactivos de diagnostico in vitro en los servicios objeto del programa entre los que se encuentra el servicio de banco de sangre, no se evidencian desviaciones que afecten la calidad en la conservación de los reactivos de diagnostico in vitro, no se evidencia materialización del riesgo de posibilidad de deterioro de reactivos por inadecuado uso, manejo o almacenamiento de los mismos. | 30/09/2025 | En el tercer trimestre de 2025 se realizaron 12 rondas de seguridad del programa de reactivovigilancia en las cuales se verifica los registros de recepción técnica, conservación, semaforización y registro de fecha de inicio de reactivos de diagnostico in vitro en los servicios objeto del programa entre los que se encuentra el servicio de banco de sangre, no se evidencian desviaciones que afecten la calidad en la conservación de los reactivos de diagnostico in vitro, no se evidencia materialización del riesgo de posibilidad de deterioro de reactivos por inadecuado uso, manejo o almacenamiento de los mismos. | 30/12/2025 | En el cuarto trimestre de 2025 se realizaron 12 rondas de seguridad del programa de reactivovigilancia en las cuales se verifica los registros de recepción técnica, conservación, semaforización y registro de fecha de inicio de reactivos de diagnostico in vitro en los servicios objeto del programa entre los que se encuentra el servicio de banco de sangre, no se evidencian desviaciones que afecten la calidad en la conservación de los reactivos de diagnostico in vitro, no se evidencia materialización del riesgo de posibilidad de deterioro de reactivos por inadecuado uso, manejo o almacenamiento de los mismos. |
| 102 | 1 | RONDAS DE SEGURIDAD PARA REALIZAR BUSQUEDA ACTIVA DE NOVEDADES DE SEGURIDAD RELACIONADAS CON RDIV | PERSONAL ASISTENCIAL DE APOYO DIAGNOSTICO Y REFERENTE DEL PROGRAMA DE REACTIVOVIGILANCIA | MENSUAL | 30/03/2025 | En el primer trimestre de 2025 se realizaron 12 rondas de seguridad de hemo vigilancia en los diferentes servicios de urgencias e internación de la institución con una adherencia de 99.5% | 30/06/2025 | En el segundo trimestre de 2025 se realizaron 23 rondas de seguridad de hemovigilancia en los diferentes servicios de urgencias, internación y del servicio de gestión pre transfusional de la institución con una adherencia de 100%, en estas se verifica la adherencia a las buenas practicas y aplicación de controles en la practica transfusional, no se evidencia materialización del riesgo de probabilidad de entrega de unidades incompatibles para transfusion | 30/09/2025 | En el tercer trimestre de 2025 se realizaron 24 rondas de seguridad de hemovigilancia en los diferentes servicios de urgencias, internación y del servicio de gestión pre transfusional de la institución con una adherencia de 99.7%, en estas se verifica la adherencia a las buenas practicas y aplicación de controles en la practica transfusional, no se evidencia materialización del riesgo de probabilidad de entrega de unidades incompatibles para transfusion | 30/12/2025 | En el tercer trimestre de 2025 se realizaron 21 rondas de seguridad de hemovigilancia en los diferentes servicios de urgencias, internación y del servicio de gestión pre transfusional de la institución con una adherencia de 100%, en estas se verifica la adherencia a las buenas practicas y aplicación de controles en la practica transfusional, no se evidencia materialización del riesgo de probabilidad de entrega de unidades incompatibles para transfusion |
| 103 | 1 | RECEPCION TECNICA DE REACTIVOS | APOYO ADMINSTRATIVO AL PROCESO DE APOYO DIAGNOSTICO | CADA VEZ QUE LLEGAN LOS REACTIVOS E INSUMOS | 30/03/2025 | En el primer trimestre de 2025 se realizo el diligenciamiento del formato DT-BS-FT-32 Formato de recepción y trentena de muestras y componentes representando 54 folios que se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre | 30/06/2025 | En el segundo trimestre de 2025 se realizo el diligenciamiento del formato DT-BS-FT-32 Formato de recepción y trentena de muestras y componentes representando 48 folios que se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre, no se evidencia materialización del riesgo de posibilidad de complicaciones asociadas al manejo de componentes sanguíneos y transfusión | 30/09/2025 | En el tercer trimestre de 2025 se realizo el diligenciamiento del formato DT-BS-FT-32 Formato de recepción y trentena de muestras y componentes representando 84 folios que se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre, no se evidencia materialización del riesgo de posibilidad de complicaciones asociadas al manejo de componentes sanguíneos y transfusión | 30/12/2025 | En el cuarto trimestre de 2025 se realizo el diligenciamiento del formato DT-BS-FT-32 Formato de recepción y trentena de muestras y componentes representando 69 folios que se encuentran en el archivo de gestión del servicio de banco de sangre, no se evidencia materialización del riesgo de posibilidad de complicaciones asociadas al manejo de componentes sanguíneos y transfusión |
| 104 | 1 | REALIZAR PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA | AUXILIAR DE PROGRAMACIÓN | DIARIO (LUNES A VIERNES) | 30/03/2025 | SE ADJUNTAN EVIDENCIAS DE LISTADO DIARIO DE PROGRAMACION DEL PRIMER TRIMESTRE Y LA PROGRAMACION QUIRURGICA DONDE SE REGISTRA LA LLAMADA TELEFONICA DE SEGUIMIENTO PARA CONFIRMACION DE CIRUGIA | 30/06/2025 | SE ADJUNTAN EVIDENCIAS DE LISTADO DIARIO DE PROGRAMACION DEL SEGUNDO TRIMESTRE Y LA PROGRAMACION QUIRURGICA DONDE SE REGISTRA LA LLAMADA TELEFONICA DE SEGUIMIENTO PARA CONFIRMACION DE CIRUGIA | 30/09/2025 | SE ADJUNTA DRIVE DEL TERCER TRIMESTRE 2025 DE PROGRAMACION QUIRURGICA DONDE QUEDA EL REGISTRO DE LA CONFIRMACION DE LA CIRUGIA Y SE ADJUNTA EXCEL DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EJECUTADOS DEL TERCER TRIMESTRE 2025 | 30/12/2025 | SE ADJUNTA DRIVE DEL CUARTO TRIMESTRE 2025 DE PROGRAMACION QUIRURGICA DONDE QUEDA EL REGISTRO DE LA CONFIRMACION DE LA CIRUGIA Y SE ADJUNTA EXCEL DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EJECUTADOS DEL CUARTO TRIMESTRE 2025 |
| 104 | 2 | REALIZAR VERIFICACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS ENTRE DINÁMICA GERENCIAL Y EL DRIVE DE PROGRAMACIÓN | COORDINACIÓN DE CIRUGÍA | DIARIO (LUNES A VIERNES) | 30/03/2025 | SE ADJUNTA INFORME DE PROGRAMACION DE PROCEIDMIENTOS QUIRURGICOS PRIMER TRIMESTRE 2025 Y DRIVE DE PROGRAMACION DE CIRUGIA DE ENERO FEBREROY AMRZO 2025 | 30/06/2025 | se adjunta drive de rogrmacion y listado de programacion qiirurgica generado desde dinamica genrencial | 30/09/2025 | se adjunta drive de rogrmacion y listado de programacion qiirurgica generado desde dinamica genrencial | 30/12/2025 | SE ADJUNTA REPORTE DE PROGRAMACION DE CIRUGIA Y REPORTE DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EJECUTADOS DEL CUARTO TRIMESTRE 2025 |
| 104 | 3 | REALIZAR VERIFICACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA | AUXILIAR DE SALA | DIARIO (LUNES A VIERNES) | 30/03/2025 | SE ADJUNTA MATRIZ DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICOS REALIZADOS E INFORME DE CIRUGIA REALZIADA PRIEMR TRIMESTRE 2025 COMO SOPORTE DE LA ACTIVIDAD | 30/06/2025 | Adjunto matriz de procedimientos quirúrgicos realizados y reporte generado de dinámica gerencial de procedimientos quirúrgicos ejecutados como soporte para esta actividad | 30/09/2025 | Adjunto matriz de programación de procedimientos quirurgicos programados y matriz de proceidmeintos ejecutados del tercer trimestre 2025 | 30/12/2025 | ADJUNTO REPORTE DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EJECUTADOS Y REPORTE DE RESOLUCION 0256 PROGRAMACION DE CIRUGIADESCARGADA DE DINAMICA |
| 105 | 1 | Diseño de estrategias ludicopedagogicas de socialización del protocolo institucional de higiene de manos | Referente del servicio | Mensual | 30/03/2025 | SE ADJUNTAN SOPORTES DE SOCIALZIACION Y EVALUACION D EPROTOCOLO DE HIGIENE DE MANOS REALZIADA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2025 | 30/06/2025 | Se adjunta convocatoria de capacitaciones donde esta incluido lavado de manos se adjunta lista de asistencia | 30/09/2025 | Se realizó socializción ludicopedagogica de protcolo de higiene de manos con el apoyo de la escuela de enfermeria formasalud quien a traves de carteleras y evaluación del tema atraves de preguntas ue debian contestar en un enlace el ganador le fue entregado premio | 30/12/2025 | Se realizó socialización ludicopedagogica de protocolo de higiene de manos a través de ayudas didácticas carteleras y evaluación del tema |
| 105 | 2 | VERIFICACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBIOTICA ENTRE LOS 30 A 60 MINUTO | PERSONAL DE ENFERMERIA | A DEMANDA | 30/03/2025 | SE ADJUNTA INFORME DEL PRIMER TRIMESTRE 2025 DE AMINISTRACION DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA COMO SOPORTE DE LA ACTIVIDAD | 30/06/2025 | ADJUNTO INDICADOR DEL SEGUNDO TRIMESTE DE ADMINISTRACION D PROFILAXIS ANTIBIOTICA Y SE ADJUNTA MATRIZ DE DILIGENCIAMIENTO DE LA MISMA EN SALAS DE CIRUGIA | 30/09/2025 | SE ADJUNTA MATRIZ DE SALAS DE CIRUGIA CON LOS RESPECTIVOS REGISTROS COMO SOPORTE Y SOPORTE DEL INDICADOR DEL TERCER TRIMESTRE DE ADMINISTRACION DE PROFILAXIS FUENTE ALMERA | 30/12/2025 | SE ADJUNTA INDICADOR DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA Y MATRIZ DE SALAS DE CIRUGIA CON LOS RESPECTIVOS REGISTROS COMO SOPORTE Y REGISTRO DEL INDICADOR DE CUARTO TRIMESTRE EN ALMERA DE ADMINISTRACION DE PROFILAXIS ANTIBIOTICA |
| 105 | 3 | Realizar la observancia de la aplicación de los momentos de higiene de manos | REFERENTE DE SALAS DE CIRUGIA | Diaria | 30/03/2025 | SE ADJUNTA LISTAS DE CHEQUEO APLICADAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE 2025 COMO SOPORTE DE LA ACTIVIDAD | 30/06/2025 | SE ADJUNTA REPORTE GENERADO DE ALMERA DE APLICACION DE LISTAS DE CHEQUEO EN SALAS DE CIRUGIA SEGUNDO TRIMESTRE 2025 | 30/09/2025 | SE ADJUNTA EXCEL DE LISTAS DE CHEQUEO APLICADAS EN SALAS DE CIRUGIA DURANTE EL TERCER TRIMESTRE PARA UN TOTAL DE 67 LISTAS APLICADAS, FUENTE: ALMERA | 30/12/2025 | SE ADJUNTA LISTAS DE CHEQUEO DE APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO DE HIGIENE DE MANOS DURANTE EL CUARTO TRIMESTRE 2025 |
| 106 | 1 | REALIZAR SEGUIMIENTO AL INDICADOR BIOLÓGICO DE VAPOR | REFERENTE DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN | SEMANAL | 30/03/2025 | se evidencia actividad de autoclave de vapor los dos primeros meses del año.<br>por falta de tela no tejida no se conitnua su uso hasta nueva orden. | 30/06/2025 | se reanuda uso del equipo esterilizador a vapor , evidenciando fugas en fallas en algunos ciclos al finalizar tre cer trimestre se encuentra en condiciones óptimas de uso. | 30/09/2025 | en el tercer trimestre se muestra uso del esterilizador de una manera más regular desde el mes de agosto ; en el mes de septiembre es donde se observa más estable el uso de la máquina esterilizador baumer<br>se anexa captura de pantalla de los indicadores | 30/12/2025 | en el cuarto trimestre se muestra uso del esterilizador de una manera más regular.<br>se anexa captura de pantalla de los indicadores |
| 106 | 2 | REALIZAR SEGUIMIENTO A INDICADOR BIOLÓGICO DE PEROXIDO | REFERENTE DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN | SEMANAL | 30/03/2025 | Se evidencia actividad de autoclave de vapor los dos primeros meses del año.<br>por falta de tela no tejida no se conitnua su uso hasta nueva orden. | 30/06/2025 | se reanuda uso del equipo esterilizador a vapor , evidenciando fugas en fallas en algunos ciclos al finalizar tre cer trimestre se encuentra en condiciones óptimas de uso. | 30/09/2025 | en el tercer trimestre se muestra uso del esterilizador de una manera más regular desde el mes de agosto ; en el mes de septiembre es donde se observa más estable el uso de la máquina esterilizador baumer | 30/12/2025 | en el cuarto trimestre se muestra uso del esterilizador de una manera más regular.<br>se anexa captura de pantalla de los indicadores |
| 106 | 3 | REALIZAR SEGUIMIENTO A INDICADOR DE FUNCIONAMIENTO DE AUTOCLAVE ( BOWIE DICK) | REFERENTE DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN | SEMANAL | 30/03/2025 | desde el mes de marzo no se realiza prueba en autoclave de vapor debido a falla presentada en el equipo.<br>se cuenta con el insumo para prueba de B&D . | 30/06/2025 | se evidencia para el tercer mes un cumplimiento del 90% en uso de b&d debido al dao continuo de la maquina (falla tras falla) | 30/09/2025 | como se evidencia en los soportes la maquina a vapor con prueba de vacio no funciona normal mente en julio , en agosto solo unos dias y en septiembre de manera regular .<br>con un porcentaje de trimestre de 85%, faltan repuestos que la máquina requiere .<br>se anexa captura de pantalla de resultado de indicador y análisis | 30/12/2025 | Tcomo se evidencia en los soportes la maquina a vapor con prueba de vacio funciona normal mente en OCTUBRE a DICIEMBRE.<br>con un porcentaje de trimestre de 85%, faltan repuestos que la máquina requiere .<br>se anexa captura de pantalla de resultado de indicador y análisis |
| 106 | 4 | REALIZAR NUEVA CARGA DEL MATERIAL CUANDO EL INDICADOR BIOLÓGICO ES POSITIVO | OPERARIO DE ESTERILIZACIÓN | CUANDO HAYA DESVIACIÓN DEL INDICADOR | 30/03/2025 | a le fecha no se presenta ninguna carga positiva de sterrad ni de autoclave | 30/06/2025 | A la fecha no se presenta ninguna carga positiva ni de vapor ni de sterrad. | 30/09/2025 | A LA FECHA NO SE PRESENTA NINGUNA CARGA POSITIVA NI DE STERRAD NI DE VAPOR | 30/12/2025 | a la fecha no se ha presentado carga postiva |
| 107 | 1 | REALIZAR SOLICITUD DE INSUMOS PARA LA PRODUCCIÓN EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN A BODEGA | REFERENTE DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN | SEMANAL | 30/03/2025 | se realiza pedido a farmacia central discolmedicas de materia prima para realizar material de reserva.<br>se anexa captura de pantalla de dinámica gerencial de solicitud de pedido de los tres primeros meses | 30/06/2025 | se evidencian pedidos del segundo periodo con faltantes como lo son biologicos , papel grado medico entre otros por cambio de farmacia.<br>al finalizar mes de junio se normalizan las entregas de insumos. | 30/09/2025 | se realizan pedidos identificando solo demora en el pedido de sterrad , demora por proveedor por temas de disponibilidad de insumo .<br>se cuanta con pedido al día en el trimestre en cuanto a telas no tejida , insumos de almacén e insumos de bodega farmacia .<br>con un cumplimiento de 90 % debido al incumplimiento de pedido de sterrad.<br>se anexa word con pantallazo de solicitudes de bodega confirmadas todas desde dinámica gerencial. | 30/12/2025 | se realiza pedido a farmacia central discolmedicas de materia prima para realizar material de reserva.<br>se anexa captura de pantalla de dinámica gerencial de solicitud de pedido de los Tres últimos meses |
| 107 | 2 | VERIFICACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS | REFERENTE DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN | SEMANAL | 30/03/2025 | se realizan listas de chequeo semanales de lista de verificación de funcionamiento de equipos; evidenciando falla en autoclave de vapor desde le mes de marzo. | 30/06/2025 | se anexa archivo con listas de chequeo de verificación de funcionamiento de la máquina de vapor donde se realiza de manera repetitiva .,el registro del daño continuo de la máquina las reparaciones, y múltiples.<br>en cuanto al sterrad ha dejado de funcionar por suministros , se solicitan se cuenta con monto en el contrato pero no hay disponibilidad de insumo por el proveedor. | 30/09/2025 | se anexa archivo con listas de chequeo de verificación de funcionamiento de la máquina de vapor donde se realiza de manera repetitiva .,se registra la necesidad de 3 repuestos en el mes de septiembre para el funcionamiento correcto del baumer , se realiza gestión de cotización a la fecha continuamos a la espera de respuesta de subgerencia administrativa<br>funcionando en un 80% ya que su secado no es el correcto.<br>se anexa informe de reporte por ingenieros de NCN y cotización de los repuestos solicitados según reporte | 30/12/2025 | Se anexa archivo con listas de chequeo de verificación de funcionamiento de la máquina de vapor donde se realiza de manera rutinaria.<br>en cuanto al sterrad funciono de manera correcta.<br>se anexa PDF de encuesta de funcionamiento de los equipos 3er trimestre.docx |
| 107 | 3 | REALIZAR VERIFICACIÓN DE LOS INSUMOS ENTREGADOS POR BODEGA VS LO SOLICITADO | REFERENTE DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN | SEMANAL | 30/03/2025 | se realiza solicitud de pedidos a bodegas y proveedores se tiene como resultado :<br>ejecución de pedido de telas no tejidas 100% solicitado vs ejecutado.<br>pedido de almacén bodega 20 farmacia faltante a la fecha ninguno ya se normalizo.<br>pedido de almacén bodega 10 sin faltantes a la fecha<br>pedido de insumos sterrad , con faltantes a la fecha demora en entrega de pedidos y demora en radicación de factura .<br>se anexa ejecución enviada por sub científica de los contratos evidenciando lo descrito anteriormente. | 30/06/2025 | se realiza solicitud de pedidos a bodegas y proveedores se tiene como resultado :<br>ejecución de pedido de telas no tejidas 100% solicitado vs ejecutado.<br>pedido de almacén bodega 20 farmacia faltante a la fecha ninguno ya se normalizo.<br>pedido de almacén bodega 10 sin faltantes a la fecha<br>se anexa ejecución enviada por sub científica de los contratos evidenciando lo descrito anteriormente. | 30/09/2025 | se realiza solicitud de pedidos a bodegas y proveedores se tiene como resultado :<br>ejecución de pedido de telas no tejidas 100% solicitado vs ejecutado.<br>pedido de almacén bodega 20 farmacia faltante a la fecha ninguno ya se normalizo.<br>pedido de almacén bodega 10 sin faltantes a la fecha<br>se anexa ejecución enviada por sub científica de los contratos evidenciando lo descrito anteriormente. | 30/12/2025 | se realiza solicitud de pedidos a bodegas y proveedores se tiene como resultado :<br>ejecución de pedido de telas no tejidas 100% solicitado vs ejecutado.<br>pedido de almacén bodega 20 farmacia faltante a la fecha ninguno ya se normalizo.<br>pedido de almacén bodega 10 sin faltantes a la fecha |
| 108 | 1 | REALIZAR VERIFICACIÓN DE ROPA ENTREGADA DIARIAMENTE POR LAVANDERÍA A CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN | REFERENTE DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN | MENSUAL | 30/03/2025 | no se realiza proceso por falta de ropa de tela .<br>no se cuenta con stock en el primer trimestre | 30/06/2025 | no se realiza proceso con ropa de lavandería sino en tela no tejida porque se solicita rollo de tela no tejida para minimizar el riesgo de quedar sin envolvedera , de la misma tela se hacen fundas , y polainas ginecológicas. y campos espinales .<br>con esto se ahorra se evita lavandería , desgaste de la tela , uso de químicos , ya que estos últimos quedan en las prendas y generan manchas en la ropa al pasar por el método de esterilización.<br>la ropa que se lava en el hospital genera mas costo porque se debe reprocesar varias veces .<br>se cuenta con contrato de tela no tejida .<br>se da cumplimiento 100 % del requerimiento de salas de cirugía, de pisos y de puestos de salud. todo se entrega estéril , todo se tiene al día en cantidades suficientes estériles y para esterilizar<br>se lleva ejecución y se tiene contrato con vigencia . se anexa contrato | 30/09/2025 | no se realiza proceso con ropa de lavandería sino en tela no tejida porque se solicita rollo de tela no tejida para minimizar el riesgo de quedar sin envolvedera , de la misma tela se hacen fundas , y polainas ginecológicas. y campos espinales .<br>con esto se ahorra se evita lavandería , desgaste de la tela , uso de químicos , ya que estos últimos quedan en las prendas y generan manchas en la ropa al pasar por el método de esterilización.<br>la ropa que se lava en el hospital genera mas costo porque se debe reprocesar varias veces .<br>se cuenta con contrato de tela no tejida .<br>se da cumplimiento 100 % del requerimiento de salas de cirugía, de pisos y de puestos de salud. todo se entrega estéril , todo se tiene al día en cantidades suficientes estériles y para esterilizar<br>se lleva ejecución y se tiene contrato con vigencia . se anexa adición para finalizar año en este contrato | 30/12/2025 | no se realiza proceso con ropa de lavandería sino en tela no tejida porque se solicita rollo de tela no tejida para minimizar el riesgo de quedar sin envolvedera , de la misma tela se hacen fundas , y polainas ginecológicas. y campos espinales .<br>con esto se ahorra se evita lavandería , desgaste de la tela , uso de químicos , ya que estos últimos quedan en las prendas y generan manchas en la ropa al pasar por el método de esterilización.<br>la ropa que se lava en el hospital genera mas costo porque se debe reprocesar varias veces .<br>se cuenta con contrato de tela no tejida .<br>se da cumplimiento 100 % del requerimiento de salas de cirugía, de pisos y de puestos de salud. todo se entrega estéril , todo se tiene al día en cantidades suficientes estériles y para esterilizar |
| 108 | 2 | REALIZAR VERIFICACIÓN DE ENTREGA DE ROPA ESTÉRIL A CIRUGÍA MEDIANTE FORMATO "SEGUIMIENTO ENTREGA DE ROPA A CIRUGÍA" | REFERENTE DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN | MENSUAL | 30/03/2025 | No se realiza proceso con ropa de lavandería sino en tela no tejida porque se solicita rollo de tela no tejida para minimizar el riesgo de quedar sin envolvedera , de la misma tela se hacen fundas , y polainas ginecológicas. y campos espinales .<br>con esto se ahorra se evita lavandería , desgaste de la tela , uso de químicos , ya que estos últimos quedan en las prendas y generan manchas en la ropa al pasar por el método de esterilización.<br>la ropa que se lava en el hospital genera mas costo porque se debe reprocesar varias veces .<br>se cuenta con contrato de tela no tejida .<br>se da cumplimiento 100 % del requerimiento de salas de cirugía, de pisos y de puestos de salud. todo se entrega estéril , todo se tiene al día en cantidades suficientes estériles y para esterilizar<br>se lleva ejecución y se tiene contrato con vigencia . se anexa contrato | 30/06/2025 | No se realiza proceso con ropa de lavandería sino en tela no tejida porque se solicita rollo de tela no tejida para minimizar el riesgo de quedar sin envolvedera , de la misma tela se hacen fundas , y polainas ginecológicas. y campos espinales .<br>con esto se ahorra se evita lavandería , desgaste de la tela , uso de químicos , ya que estos últimos quedan en las prendas y generan manchas en la ropa al pasar por el método de esterilización.<br>la ropa que se lava en el hospital genera mas costo porque se debe reprocesar varias veces .<br>se cuenta con contrato de tela no tejida .<br>se da cumplimiento 100 % del requerimiento de salas de cirugía, de pisos y de puestos de salud. todo se entrega estéril , todo se tiene al día en cantidades suficientes estériles y para esterilizar<br>se lleva ejecución y se tiene contrato con vigencia . se anexa contrato | 30/09/2025 | No se realiza proceso con ropa de lavandería sino en tela no tejida porque se solicita rollo de tela no tejida para minimizar el riesgo de quedar sin envolvedera , de la misma tela se hacen fundas , y polainas ginecológicas. y campos espinales .<br>con esto se ahorra se evita lavandería , desgaste de la tela , uso de químicos , ya que estos últimos quedan en las prendas y generan manchas en la ropa al pasar por el método de esterilización.<br>la ropa que se lava en el hospital genera mas costo porque se debe reprocesar varias veces .<br>se cuenta con contrato de tela no tejida .<br>se da cumplimiento 100 % del requerimiento de salas de cirugía, de pisos y de puestos de salud. todo se entrega estéril , todo se tiene al día en cantidades suficientes estériles y para esterilizar<br>se lleva ejecución y se tiene contrato con vigencia . se anexa contrato | 30/12/2025 | No se realiza proceso con ropa de lavandería sino en tela no tejida porque se solicita rollo de tela no tejida para minimizar el riesgo de quedar sin envolvedera , de la misma tela se hacen fundas , y polainas ginecológicas. y campos espinales .<br>con esto se ahorra se evita lavandería , desgaste de la tela , uso de químicos , ya que estos últimos quedan en las prendas y generan manchas en la ropa al pasar por el método de esterilización.<br>la ropa que se lava en el hospital genera mas costo porque se debe reprocesar varias veces .<br>se cuenta con contrato de tela no tejida .<br>se da cumplimiento 100 % del requerimiento de salas de cirugía, de pisos y de puestos de salud. todo se entrega estéril , todo se tiene al día en cantidades suficientes estériles y para esterilizar<br>se lleva ejecución y se tiene contrato con vigencia . se anexa contrato |

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

| | |
|---|---|
| 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 | ATRIBUTOS TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 109 | HOSPITALIZACIÓN | REPUTACIONAL | Error en la identificación del rotulo de soluciones, mezclas y demás identificación incorrecta en la manilla y/o tablero<br>Error Humano | Error en la identificación del rotulo de soluciones, mezclas y demas 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 DIAGNOSTICO ERRÓNEO | USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS | PROCESO | MUY ALTA | | MODERADO | | ALTA | | CAPACITACIONES SOBRE EL PAQUETE INSTRUCCIONAL ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALESQUIEN: REFERENTE DE PAQUETE INSTRUCCIONAL<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: LISTADOS DE ASISTENCIA CON MEDICIÓN DE ADHERENCIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | | MODERADO | MODERADO | |
| | | | | | | | | | | | | | | | APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE QUIEN: REFERENTE DE PAQUETE INSTRUCCIONAL<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO APLICADA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | | | MODERADO | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO DE ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE QUIEN: REFERENTE DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: LISTA DE CHEQUEO APLICADA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | | | MODERADO | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES LUDICOPEDAGOGICAS PARA DESPLIEGUE DEL PAQUETE INSTRUCCIONAL QUIEN: REFERENTE DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: LISTADOS DE ASISTENCIA, REGISTRO FOTOGRÁFICO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | | | MODERADO | | |
| 110 | HOSPITALIZACIÓN | ECONOMICO | 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 | INTERNOS:<br>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.<br>1.2. Fallas en la programación del talento humano<br>1.3. Deficiencias con la capacidad instalada para la ejecución de los procedimientos quirúrgicos<br>1.4 Condiciones clínicas y/o de evolución del paciente.<br>1.5 Carencia de controles en la actividad de programación de cirugías | POSIBILIDAD DE ESTANCIA INACTIVAS POR INOPORTUNIDAD EN LA PREPARACIÓN, Y RESPUESTA DE INTERCONSULTA AL AREA QUIRURGICA | INCONFORMIDAD DEL PACIENTE AUMENTO DE COSTOS POR ESTANCIA PROLONGADA | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | REGISTRAR EN LA HISTORIA CLÍNICA LAS INDICACIONES MEDICAS PREVISTAS PARA EL PROCEDIMIENTO (FECHA HORA)<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE PASO A CIRUGIA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | REVISIÓN DE LA OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN SU ESTANCIA HOSPITALARIA EN CUANTO A INTERCONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS<br>EVIDENCIA: INFORME DE LA OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN<br>PERIODICIDAD: MENSUAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 111 | HOSPITALIZACIÓN | ECONOMICO | Falta de adherencia a las guías de practica clínica que genere inoportunidad en la toma de conducta medica | 1. Falta de adherencia a las guías de practica clínica que genere inoportunidad en la toma de conducta medica. 2. Desconocimiento de los procedimientos y protocolos institucionales, 3. Inadecuada interpretación de apoyo diagnostico. | POSIBILIDAD DE REINGRESOS MENORES DE 15 DÍAS POR FACTOR ASOCIADO A PERTINENCIA MEDICA | AUMENTO DE INFECCIONES ISO | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MAYOR | 80% | ALTA | 1 | AUDITORIA DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA.<br>QUIEN: AUDITORIA DE CALIDAD (GPC)<br>CUANDO: TRIMESTRAL,<br>PARA QUE: AUDITAR Y SOCIALIZAR TRIMESTRALMENTE EL RESULTADO DE LAS AUDITORIA DE ADHERENCIA PARA INTERVENIR LAS DESVIACIONES ENCONTRADAS CON EL PERSONAL MEDICO.<br>CÓMO: A TRAVÉS DE LA AUDITORIA DE CALIDAD DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA. | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 80% | MAYOR | MODERADO | REDUCIR |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | ANÁLISIS DE REINGRESOS MENORES DE 15 DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN.<br>QUIEN: LÍDER DE APOYO COORDINACIÓN DE HOSTILIZACIÓN,<br>CUANDO: MENSUALMENTE,<br>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.<br>CÓMO: A TRAVÉS DEL SEGUIMIENTO DE REINGRESOS. | CORRECTIVO 10% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 25% | DOCUMENTADO | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | | |
| 112 | HOSPITALIZACIÓN | 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 DE LA TASA DE INFECCIONES | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | DISEÑO DE ESTRATEGIAS LUDICOPEDAGOGICAS DE SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE HIGIENE DE MANOS<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>QUIEN: REFERENTE DEL SERVICIO<br>EVIDENCIA: INFORME MENSUAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | RONDAS DE VERIFICACIÓN DE ADHERENCIA AL CORRECTO LAVADO DE MANOS<br>EVIDENCIA: INFORME DE LA RONDA<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 42% | MEDIA | 60% | MODERADO | | |
| 113 | HOSPITALIZACIÓN/ BANCO DE LECHE | ECONOMICO | RIESGOS ASOCIADOS AL USO NO CONTROLADO DE LA LECHE DONADA | INADECUADA MANIPULACIÓN DE LA LECHE MATERNA<br>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, VÍRICO, PARASITARIO Y PRIÓNICO) | EVENTOS ADVERSOS EN LOS RECIEN NACIDOS COMO SEPSIS Y ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE DEL RECIEN NACIDO | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MEDIA | 60% | CATASTROFICO | 100% | EXTREMO | 1 | ANÁLISIS DE PRUEBAS DE SELECCIÓN Y CLASIFICACIÓN A TRAVÉS DE PRUEBAS DOMIC Y CREMATOCRITOS REALIZADOS<br>QUIEN: JEFE O NUTRICIONISTA<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>EVIDENCIA: PLATAFORMA SAMI, FORMATO DE LINEAMIENTOS DEL BANCO DE LECHE | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 100% | CATASTROFICO | EXTREMO | REDUCIR |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | ANÁLISIS DE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS REALIZADAS<br>QUIEN: JEFE O NUTRICIONISTA O MEDICO DEL BANCO DE LECHE<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>EVIDENCIA: REPORTE EN SAMI (SISTEMA DE ACOMPAÑAMIENTO MATERNO INFANTIL ) | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 100% | CATASTROFICO | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE BANCO DE LECHE EN LINEAMIENTOS DEL BANCO DE LECHE HUMANO<br>QUIEN: JEFE DEL SERVICIO /GOBERNACIÓN /RED IBEROAMERICANA DE BANCOS DE LECHE<br>PERIODICIDAD: ANUAL<br>EVIDENCIA: CERTIFICACIONES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 13% | MUY BAJA | 100% | CATASTROFICO | | |

**PLAN DE ACCION:** se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia.

| REFERENCIA | No CONTROL | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD | 1 TRIMESTRE<br>SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025<br>FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | 2 TRIMESTRE<br>SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025<br>FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | 3 TRIMESTRE<br>SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025<br>FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | 4 TRIMESTRE<br>SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025<br>FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 109 | | CAPACITACIONES SOBRE EL PAQUETE INSTRUCCIONAL ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALESQUIEN: REFERENTE DE PAQUETE INSTRUCCIONAL | REFERENTE PAQUETE | MENSUAL | 30/03/2025 | capacitación de paquete instruccional asegurar la correcta identificación de los pacientes en procesos asistenciales | 30/06/2025 | capacitación de paquete instruccional asegurar la correcta identificación de los pacientes en procesos asistenciales | 30/09/2025 | SE REALIZA CAPACITACION DE PUESTOS DE SALUD | 30/12/2025 | Se envía soporte<br>Durante el mes de septiembre se aplicaron un total de 87 listas de chequeo y en el mes de octubre 99 listas de chequeo, distribuidas en los diferentes servicios de la institución, para un total de 186 listas aplicadas durante ambos meses.<br>Tras el análisis de las listas de chequeo aplicadas, se identificaron algunas fallas relacionadas con la identificación de los pacientes mediante las manillas, especialmente en la correcta marcación de los riesgos identificados. No obstante, el ítem número 7, correspondiente a la verificación de la disponibilidad del tablero de identificación del paciente, presentó un cumplimiento del 100 %.<br>De manera general, se evidenció un alto nivel de cumplimiento en la aplicación de las listas de chequeo; sin embargo, se detectaron oportunidades de mejora en el diligenciamiento completa del tablero de identificación, ya que, aunque los pacientes cuentan con este elemento, en algunos casos no se encontraba debidamente diligenciado en su totalidad.<br>Las listas de chequeo fueron aplicadas en los siguientes servicios de la institución:<br>• Hospitalización 5.º piso<br>• Hospitalización Medicina Interna<br>• Hospitalización Quirúrgica<br>• Sala de Partos<br>• UCI 4.º piso<br>• UCI 5.º piso<br>• Urgencias Adultos<br>Las no conformidades identificadas durante los meses de septiembre y |
| | | APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE QUIEN: REFERENTE DE PAQUETE INSTRUCCIONAL | REFERENTE PAQUETE | MENSUAL | 30/03/2025 | Se realiza envió del seguimiento y control como referente del paquete del primer trimestre.<br>se realizaron 109 registros de listas de chequeo de los meses correspondientes ENERO - FEBREO - MARZO | 30/06/2025 | En el mes de marzo se aplicaron un total de 93 listas de chequeo, evidenciándose un alto nivel de cumplimiento. La mayoría de los pacientes contaban con su tablero de identificación completamente diligenciado, cumpliendo con los datos estipulados en la lista de verificación. No obstante, se identificaron oportunidades de mejora relacionadas con el diligenciamiento incompleto de las bolsas de líquidos endovenosos.<br>Durante abril de 2025 se aplicaron 67 listas de chequeo. El ítem con mayor nivel de cumplimiento fue el número 2, correspondiente al tablero de identificación, el cual se encontró debidamente diligenciado, con tinta negra y letra legible. Sin embargo, se observó una baja adherencia en la marcación del enfoque diferencial, tanto en el servicio de urgencias pediátricas como en hospitalización quinto piso, debido a fallas en la correcta identificación de la manilla en pacientes con esta condición.<br>En total, se aplicaron 160 listas de chequeo durante los meses de marzo y abril. El cumplimiento global fue superior al 90% en marzo y alcanzó un 67% en abril. Estos resultados reflejan el avance en la implementación del paquete instruccional, permitiendo no solo verificar el cumplimiento de los estándares establecidos, sino también identificar las áreas críticas que requieren fortalecimiento.<br>Las no conformidades detectadas se han utilizado como insumo para la | 30/09/2025 | Los días 17 de julio y 14 de agosto de 2025, en el servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital San Rafael, se realizó la socialización del paquete instruccional dirigido a los colaboradores de dicho servicio. En total, participaron 40 personas, distribuidas en dos grupos de 20 asistentes cada uno, correspondientes a las fechas mencionadas.<br>Durante el mes de julio de 2025 se aplicaron un total de 80 listas de chequeo, distribuidas en los distintos servicios de la institución de la siguiente manera:<br>• Hospitalización 5º piso: 5 listas<br>• Hospitalización Medicina Interna: 18 listas<br>• Hospitalización Pediatría: 2 listas<br>• Hospitalización Quirúrgica: 5 listas<br>• Sala de Partos: 8 listas<br>• UCI 4º piso: 2 listas<br>• UCI 5º piso: 1 lista<br>• Urgencias Adulto: 39 listas<br>• Urgencias Pediátricas: 1 lista<br>Durante agosto de 2025 se aplicaron un total de 77 listas de chequeo en distintos servicios de la institución, alcanzando un cumplimiento general del 92%. Sin embargo, se identificó un bajo nivel de cumplimiento en el ítem número 15, que evalúa si el personal conoce y aplican la identificación del paciente con enfoque diferencial según el protocolo institucional, con un cumplimiento del 22%.<br>Las listas de chequeo se distribuyeron de la siguiente manera en los | 30/12/2025 | Durante el mes de septiembre se aplicaron un total de 87 listas de chequeo y en el mes de octubre 99 listas de chequeo, distribuidas en los diferentes servicios de la institución, para un total de 186 listas aplicadas durante ambos meses.<br>Tras el análisis de las listas de chequeo aplicadas, se identificaron algunas fallas relacionadas con la identificación de los pacientes mediante las manillas, especialmente en la correcta marcación de los riesgos identificados. No obstante, el ítem número 7, correspondiente a la verificación de la disponibilidad del tablero de identificación del paciente, presentó un cumplimiento del 100 %.<br>De manera general, se evidenció un alto nivel de cumplimiento en la aplicación de las listas de chequeo; sin embargo, se detectaron oportunidades de mejora en el diligenciamiento completa del tablero de identificación, ya que, aunque los pacientes cuentan con este elemento, en algunos casos no se encontraba debidamente diligenciado en su totalidad.<br>Las listas de chequeo fueron aplicadas en los siguientes servicios de la institución:<br>• Hospitalización 5.º piso<br>• Hospitalización Medicina Interna<br>• Hospitalización Quirúrgica<br>• Sala de Partos<br>• UCI 4.º piso<br>• UCI 5.º piso<br>• Urgencias Adultos<br>Las no conformidades identificadas durante los meses de septiembre y octubre fueron utilizadas como insumo para la retroalimentación al |
| | | APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO DE ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE QUIEN: REFERENTE DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN | REFERENTE PAQUETE | MENSUAL | 30/03/2025 | Se realiza envió del seguimiento y control como referente del paquete del primer trimestre.<br>se realizaron 109 registros de listas de chequeo de los meses correspondientes ENERO - FEBREO - MARZO | 30/06/2025 | En el mes de marzo se aplicaron un total de 93 listas de chequeo, evidenciándose un alto nivel de cumplimiento. La mayoría de los pacientes contaban con su tablero de identificación completamente diligenciado, cumpliendo con los datos estipulados en la lista de verificación. No obstante, se identificaron oportunidades de mejora relacionadas con el diligenciamiento incompleto de las bolsas de líquidos endovenosos.<br>Durante abril de 2025 se aplicaron 67 listas de chequeo. El ítem con mayor nivel de cumplimiento fue el número 2, correspondiente al tablero de identificación, el cual se encontró debidamente diligenciado, con tinta negra y letra legible. Sin embargo, se observó una baja adherencia en la marcación del enfoque diferencial, tanto en el servicio de urgencias pediátricas como en hospitalización quinto piso, debido a fallas en la correcta identificación de la manilla en pacientes con esta condición.<br>En total, se aplicaron 160 listas de chequeo durante los meses de marzo y abril. El cumplimiento global fue superior al 90% en marzo y alcanzó un 67% en abril. Estos resultados reflejan el avance en la implementación del paquete instruccional, permitiendo no solo verificar el cumplimiento de los estándares establecidos, sino también identificar las áreas críticas que requieren fortalecimiento.<br>Las no conformidades detectadas se han utilizado como insumo para la | 30/09/2025 | Los días 17 de julio y 14 de agosto de 2025, en el servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital San Rafael, se realizó la socialización del paquete instruccional dirigido a los colaboradores de dicho servicio. En total, participaron 40 personas, distribuidas en dos grupos de 20 asistentes cada uno, correspondientes a las fechas mencionadas.<br>Durante el mes de julio de 2025 se aplicaron un total de 80 listas de chequeo, distribuidas en los distintos servicios de la institución de la siguiente manera:<br>• Hospitalización 5º piso: 5 listas<br>• Hospitalización Medicina Interna: 18 listas<br>• Hospitalización Pediatría: 2 listas<br>• Hospitalización Quirúrgica: 5 listas<br>• Sala de Partos: 8 listas<br>• UCI 4º piso: 2 listas<br>• UCI 5º piso: 1 lista<br>• Urgencias Adulto: 39 listas<br>• Urgencias Pediátricas: 1 lista<br>Durante agosto de 2025 se aplicaron un total de 77 listas de chequeo en distintos servicios de la institución, alcanzando un cumplimiento general del 92%. Sin embargo, se identificó un bajo nivel de cumplimiento en el ítem número 15, que evalúa si el personal conoce y aplican la identificación del paciente con enfoque diferencial según el protocolo institucional, con un cumplimiento del 22%.<br>Las listas de chequeo se distribuyeron de la siguiente manera en los | 30/12/2025 | Durante el mes de septiembre se aplicaron un total de 87 listas de chequeo y en el mes de octubre 99 listas de chequeo, distribuidas en los diferentes servicios de la institución, para un total de 186 listas aplicadas durante ambos meses.<br>Tras el análisis de las listas de chequeo aplicadas, se identificaron algunas fallas relacionadas con la identificación de los pacientes mediante las manillas, especialmente en la correcta marcación de los riesgos identificados. No obstante, el ítem número 7, correspondiente a la verificación de la disponibilidad del tablero de identificación del paciente, presentó un cumplimiento del 100 %.<br>De manera general, se evidenció un alto nivel de cumplimiento en la aplicación de las listas de chequeo; sin embargo, se detectaron oportunidades de mejora en el diligenciamiento completa del tablero de identificación, ya que, aunque los pacientes cuentan con este elemento, en algunos casos no se encontraba debidamente diligenciado en su totalidad.<br>Las listas de chequeo fueron aplicadas en los siguientes servicios de la institución:<br>• Hospitalización 5.º piso<br>• Hospitalización Medicina Interna<br>• Hospitalización Quirúrgica<br>• Sala de Partos<br>• UCI 4.º piso<br>• UCI 5.º piso<br>• Urgencias Adultos<br>Las no conformidades identificadas durante los meses de septiembre y octubre fueron utilizadas como insumo para la retroalimentación al |
| | | EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES LUDICOPEDAGOGICAS PARA DESPLIEGUE DEL PAQUETE INSTRUCCIONAL QUIEN: REFERENTE DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN | REFERENTE PAQUETE | MENSUAL | 30/03/2025 | Se carga evidencia fotografica | 30/06/2025 | Se carga evidencia fotografica | 30/09/2025 | Se carga evidencia fotografica | 30/12/2025 | Se carga evidencia fotografica |
| 110 | 1 | REGISTRAR EN LA HISTORIA CLÍNICA LAS INDICACIONES MEDICAS PREVISTAS PARA EL PROCEDIMIENTO (FECHA HORA) | MEDICO TRATANTE | DIARIAMENTE | 30/03/2025 | Se realiza cargue de MATRIZ DE PASO A CIRUGÍA del primer periodo del año 2025. | 30/06/2025 | Se realiza cargue de MATRIZ DE PASO A CIRUGÍA al mes de junio del año 2025. | 30/09/2025 | Se realiza cargue de MATRIZ DE PASO A CIRUGÍA DE Julio a septiembre del año 2025 | 30/12/2025 | Se realiza cargue de MATRIZ DE PASO A CIRUGÍA al mes de octubre a diciembre del año 2025 |
| | 2 | REVISIÓN DE LA OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN SU ESTANCIA HOSPITALARIA EN CUANTO A INTERCONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS | HOSPITALIZACIÓN | MENSUAL | 30/03/2025 | teniendo en cuenta que la revision es mensual, se evidencia para el I trimestre un promedio de respuesta de interconsulta por la especialidad de cirugía general de 2.44 horas de oportunidad, teniendo en cuenta que en el mes de enero 2.83 oportunidad de respuesta, febrero 2.28 oportunidad de respuesta y marzo 2.22 oportunidad de respuesta, no obstante se cumple con la meta establecida.<br>Se continuara realizando la revision mensual. | 30/06/2025 | Se realiza cargue de MATRIZ DE INTERCONSULTA del mes de abril hasta junio del año 2025. | 30/09/2025 | Se realiza cargue de MATRIZ DE INTERCONSULTA del mes de julio hasta septiembre del año 2025. | 30/12/2025 | Se realiza cargue de MATRIZ DE INTERCONSULTA del mes de octubre hasta diciembre del año 2025. |
| 111 | 1 | AUDITORIA DE ADHERENCIA A GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA. | AUDITOR DE GPC | TRIMESTRALMENTE | 30/03/2025 | El diligenciamiento adecuado de la historia clínica al ingreso a hospitalización hace parte de los soportes de la prestación de servicios de atención en salud, también de actividades misionales y del cumplimiento con base en la normatividad vigente estándar Historia Clínica y registros de la Resolución 3100 de 2019, así mismo "es un documento que tiene implicaciones legales de tipo: ético-disciplinaria (Ley 23 de 1982), Penal y Civil. Las fallas en el registro pueden generar consecuencias jurídicas. | 30/06/2025 | En conversación con la DOCTORA ADRIANA TRUJILLO aclara que para el mes de mayo y junio se realizaron socializaciones para el servicio de UROLOGIA y DERMATOLOGIA los cuales se realizo el paso de los oficios los cuales fueron realizados, esperamos en el segundo trimestre se realicen socializaciones aplicadas al servicio de hospitalización compartiendo la evidencia necesaria para continuar con el cumplimiento. | 30/09/2025 | En conversación con la DOCTORA ADRIANA TRUJILLO aclara que para el mes de septiembre se realizaron socializaciones para el servicio de Consulta externa, "Puestos de salud" dirigidos por la doctora Clara, donde se tocan temas como: DIABETES – HIPERTENSION ARTERIAL PARA MEDICINA INTERNA, OTROS RECIEN NACIDO PRETERMINO – RINITIS ALERGICA PARA PEDIATRIA, TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION – DEMENCIA Y ALZHEIMER PARA PSIQUIATRIA, HIPERTENSION ARTERIAL – HIPERLIPIDEMIA MIXTA – EPOC – HIPOTIROIDISMO – DIABETES PARA MEDICINA GENERAL, esperamos en el mes de octubre se realicen socializaciones aplicadas al servicio de hospitalización compartiendo la evidencia necesaria para continuar con el cumplimiento, "Se adjunta cronograma". | 30/12/2025 | Para el mes de Diciembre se esta socializando las siguientes Guías de practica clínica, Urología, toxicología y Psiquiatría. |
| | 2 | ANÁLISIS DE REINGRESOS MENORES DE 15 DÍAS DE | COORDINADOR DE HOSPITALIZACIÓN | MENSUALMENTE EN ANÁLISIS CON SOCIALIZACIÓN TRIMESTRAL | 30/03/2025 | Teniendo en cuenta que el análisis es mensual, se realiza análisis de los reingresos correspondientes a hospitalización siendo en total 12 que correspondían a hospitalización del primer Trimestre de este 2025 por lo que se ajustó en la base para el responsable del análisis.<br>Se continuara análisis mensual.<br>GASTROENTEROLOGIA: 1<br>GINECOLOGIA: 2<br>CIRUGIA GENERAL: 1<br>PEDIATRIA: 1<br>MEDICINA INTERNA: 4<br>NO SE CONSIDERAN REINGRESO: 3<br>TOTAL REINGRESO HOSPITALIZACIÓN: 9 que fue el total del Tercer Trimestre | 30/06/2025 | Teniendo en cuenta que el análisis es mensual, se realiza análisis de los reingresos correspondientes a hospitalización siendo en total 5 que correspondían a hospitalización del mes de junio de este 2025 por lo que se ajustó en la base para el responsable del análisis.<br>Se continuara análisis mensual y falencias para mejoramientos de ser necesario.<br>ORTOPEDIA: 1<br>MEDICINA INTERNA: 2<br>CIRUGIA GENERAL: 1<br>NEROLOGIA: 1<br>NO SE CONSIDERAN REINGRESO: 7<br>TOTAL REINGRESO HOSPITALIZACIÓN: 5 total del mes de Junio. | 30/09/2025 | Teniendo en cuenta que el análisis es mensual, se realiza análisis de los reingresos correspondientes a hospitalización siendo en total 4 que correspondían a hospitalización del mes de Agosto de este 2025 por lo que se ajustó en la base para el responsable del análisis.<br>Se continuara análisis mensual y falencias para mejoramientos de ser necesario.<br>MEDICINA INTERNA: 2<br>NEUROLOGIA: 1<br>PEDIATRIA: 1<br>NO SE CONSIDERAN REINGRESO: 8 | 30/12/2025 | Teniendo en cuenta que el análisis es mensual, se realiza análisis de los reingresos correspondientes a hospitalización siendo en total 0 que correspondían a hospitalización del mes de noviembre de este 2025 por lo que se ajustó en la base para el responsable del análisis.<br>Se continuara análisis mensual y falencias para mejoramientos de ser necesario.<br>NO SE CONSIDERAN REINGRESO: 5<br>TOTAL REINGRESO HOSPITALIZACIÓN: 0 total del mes de noviembre. |
| 112 | 1 | Diseño de estrategias ludicopedagogicas de socialización del protocolo institucional de higiene de manos | Referente del servicio | Mensual | 30/03/2025 | Se realiza socialización del proceso de lavado de manos con utilización de plantillas visualizando los 5 momentos, el lavado y el frotado antiséptico según protocolo institucional. | 30/06/2025 | Desde la revisión documental existente en la institución para la evaluación de la adherencia a la práctica de higiene de manos hasta la medición de la adherencia de infraestructura e insumos, conocimiento sobre el protocolo de higiene de manos y aplicación de los momentos en el personal asistencial de los diferentes servicios. | 30/09/2025 | Según la adherencia a la evaluación de las diferentes técnicas de higiene de manos en el talento humano del servicio el cual fue satisfactorio observándose falencias, por lo cual se debe realizar refuerzo de conceptos ya que no hay cumplimiento total de la técnica. | 30/12/2025 | Para el mes de diciembre según la adherencia a la evaluación de las diferentes técnicas de higiene de manos en el talento humano del servicio el cual fue satisfactorio observándose falencias, por lo cual se debe realizar refuerzo de conceptos ya que no hay cumplimiento total de la técnica. |
| | 2 | Realizar la observancia de la aplicación de los momentos de higiene de manos | Observadores designados por el servicio. | Diaria | 30/03/2025 | En esta auditoria se examina la adherencia al lavado de manos en la institución, al igual que los hábitos de adherencia según las características, esta estrategia consta de cinco componentes para ser implementados en paralelo: cambio de sistema, formación, educación, evaluación y retroalimentación, recordatorios en el lugar de trabajo, y clima de seguridad institucional. | 30/06/2025 | Desde la revisión documental existente en la institución para la evaluación de la adherencia a la práctica de higiene de manos hasta la medición de la adherencia de infraestructura e insumos, conocimiento sobre el protocolo de higiene de manos y aplicación de los momentos en el personal asistencial de los diferentes servicios. | 30/09/2025 | Según la adherencia a la evaluación de las diferentes técnicas de higiene de manos en el talento humano del servicio el cual fue satisfactorio observándose falencias, por lo cual se debe realizar refuerzo de conceptos ya que no hay cumplimiento total de la técnica | 30/12/2025 | se examina la adherencia al lavado de manos en la institución, al igual que los hábitos de adherencia según las características, esta estrategia consta de cinco componentes para ser implementados en paralelo: cambio de sistema, formación, educación, evaluación y retroalimentación, recordatorios en el lugar de trabajo, y clima de seguridad institucional. |
| 113 | 1 | REALIZAR ANÁLISIS DE PRUEBAS DE SELECCIÓN Y CLASIFICACIÓN A TRAVÉS DE PRUEBAS DOMIC Y CREMATOCRITOS REALIZADOS | JEFE O NUTRICIONISTA | SEMANAL | 30/03/2025 | DETERMINACION DEL CREMATOCRITO<br>El crematorito es un método que permite estimar el contenido energético a partir de la proporción de lípidos presente en la leche humana. Método descrito por Lucas et al (1978), en el cual se centrifuga una alícuota de leche humana, a partir de la columna de crema se determina la cantidad de kilocalorías que presenta la leche seleccionada.<br>Este dato, además de correlacionarse directamente con el contenido lipídico y calórico de la leche, estima la fracción predominante (solución, suspensión o emulsión) de la leche evaluada. Recordando que la fracción solución con menor contenido graso tiene mayor cantidad de inmunoglobulinas y sustancias inmunomoduladoras, la fracción suspensión cuenta con mayor contenido de micelas de caseína ligadas a moléculas de calcio y fosforo, la fracción emulsión es la que presenta mayor contenido graso.<br>EN EL PRIMER TRIMESTRE SE TOMARON<br>ENERO --------- 28 MUESTRAS<br>FEBRERO ------- 3 MUESTRAS<br>MARZO..........5 MUESTRAS<br>VOLUMEN DE LECHE POR KILOCALORIAS<br>MENOR DE 500 KCAL 0<br>MAYOR DE 500 KCAL 450 ML<br>MAYOR DE 700 KCAL 2600 ML<br>SE TOMARON 36 MUESTRAS DE CREMATOCRITO CON ADECUDAS KILOCALORIAS | 30/06/2025 | Análisis de Selección y Descarte por Acidez Dormid segundo trimestre<br>Datos proporcionados:<br>• Total, de leche procesada: 5.020. ml<br>• Leche desechada por acidez > 8 °D: 420 cc<br>Porcentaje de descarte por acidez elevada:<br>Solo el 0,084 % de la leche fue descartada por acidez alta (> 8 °D), lo cual indica:<br>• Excelente manejo higiénico en la recolección, almacenamiento y transporte.<br>• Buena capacitación de las donantes y del personal receptor.<br>2. Interpretación del resultado:<br>• Este porcentaje de descarte está muy por debajo del estándar aceptable en muchos BLH (< 2% de descarte es un buen indicador).<br>• Indica un proceso eficiente de selección, bajo nivel de contaminación inicial y una buena conservación de la leche cruda.<br>3. Implicación técnica:<br>• La prueba de acidez funcionó correctamente como filtro de calidad.<br>• La leche descartada no avanzó al proceso de pasteurización, garantizando la seguridad del producto<br>Análisis del crematorito segundo trimestre<br>Datos reportados:<br>Clasificación calórica Rango estimado (kcal/100ml) Volumen obtenido (ml)<br>Bajo valor energético < 500 kcal/L (< 50 kcal/100ml) 0 ml<br>Mediano valor energético 500–700 kcal/L 650 ml<br>Alto valor energético > 700 kcal/L (> 70 kcal/100ml) 3.380 ml<br>Total procesado — 4.600 ml<br>Interpretación técnica: | 30/09/2025 | 1. Comportamiento general<br>Durante el tercer trimestre se procesaron 11.240 cc de leche humana, con un total de 2.520 cc desechados (600 cc por acidez alta y 1.920 cc por impurezas), lo que equivale a un 22,4 % del total procesado.<br>• Leche aprovechable: 77,6 %<br>• Leche no aprovechable (desechada): 22,4 %<br>Esto indica que, aunque el volumen total procesado fue adecuado, hay un porcentaje de pérdidas que podría reducirse mediante un mejor control previo al procesamiento y una adecuada manipulación en la recolección y conservación.<br>2. Análisis mensual<br>Julio<br>• Se procesó 2.400 cc, con 1.500 cc desechados (62,5 % del total).<br>• El principal motivo fue impurezas (43,7 %), seguido de acidez alta (18,7 %).<br>• Este mes mostró el mayor nivel de pérdida del trimestre, lo que sugiere deficiencias en la calidad inicial de la leche recolectada.<br>• Solo 520 cc superaron las 500 kcal/l, lo cual representa un 21,6 % de la leche útil.<br>Agosto<br>• Se observa una recuperación significativa: 4.890 cc procesados y solo 950 cc desechados (19,4 %).<br>• Aumentó la cantidad de leche con buen valor calórico (>500 kcal/l): | 30/12/2025 | ANALISIS DE CONTROLES DE RIESGO TERCER TRIMESTRE 2025<br>Durante el último trimestre, el Banco de Leche Humana del Hospital de Fusagasugá procesó un total de 10.980 ml de leche humana, dentro de las actividades de selección y clasificación previas a la pasteurización y distribución.<br>Como parte del fortalecimiento de la Red de Bancos de Leche Humana (BLH), se recibieron 1.200 ml de leche provenientes del Hospital de Soacha, lo cual representó un cambio relevante en el flujo y origen del producto recibido.<br>RESULTADOS DEL PROCESO Y PERDIDAS IDENTIFICADAS<br>Del total de leche procesada se identificaron las siguientes pérdidas durante la etapa de selección y clasificación:<br>• Leche descartada por acidez elevada (>8 °D): 630 ml<br>• Leche descartada por presencia de impurezas: 2.850 ml<br>Esto corresponde a un total de 3.480 ml descartados, equivalente aproximadamente al 31,7 % del total de leche procesada, porcentaje que se considera alto para esta etapa del proceso.<br>Se evidenció que el incremento significativo de impurezas y acidez coincide con el ingreso de leche proveniente de otra institución (Hospital de Soacha), lo que sugiere variaciones en las condiciones de recolección, manipulación, almacenamiento y transporte.<br>Riesgos críticos identificados:<br>1. Riesgo de contaminación física (impurezas)<br>2. Asociado a deficiencias en la técnica de extracción, filtrado, rotulación y manipulación inicial.<br>3. Riesgo de deterioro microbiológico (acidez elevada)<br>4. Relacionado con fallas en la cadena de frío, tiempos prolongados entre |
| | 2 | REALIZAR ANÁLISIS DE PRUEBAS MICROBIOLÓGICAS | JEFE O NUTRICIONISTA O MEDICO DEL BANCO DE LECHE | SEMANAL | 30/03/2025 | El control microbiológico de la leche humana es el proceso mediante el cual se busca la presencia de coliformes totales como indicador de calidad, por ser un método de cultivo simple, económicamente viable y seguro que minimiza la posibilidad de resultados falsos negativos.<br>A partir del procedimiento clásico para detección de coliformes totales, Novak y Almeida desarrollaron una metodología alternativa que consiste en la inoculación de cuatro alícuotas de 1 ml cada una, de leche humana extraída pasteurizada, pipeteadas de forma independiente insertadas en tubos con 10 ml de caldo verde brillante, al 5% (p/v) con tubos de durman en su interior. Después de la inoculación e incubación a 36 ±1ºC, la presencia de gas al interior del tubo de Durham caracteriza el resultado positivo.<br>en el primer trimestre ddelaño 2025 serealizaron las siguiente tomas microbiologicas :<br>ENERO------32 muestras de las cuales tres fueron postivas para coliformes totales<br>FEBRERO---4 muestras de las cuales no se presento positivas El control microbiológico de la leche<br>MARZO -----5 delas cuales no se presento cultivos positivos<br>En el trimetre se sembrano 41 muetras microbiologias de las cuales 4 salieron positivas para coliformes totales<br>esta leche de descarto | 30/06/2025 | Análisis del Control Microbiológico de la Leche – segundo Trimestre 2025<br>Durante el segundo trimestre del año 2025, se realizó un total de 32 tomas de muestras microbiológicas para el control de calidad de la leche.<br>A continuación, se detalla el comportamiento mensual:<br>Abril<br>• Número de muestras: 9<br>• Resultados positivos: 0<br>• Interpretación: Todas las muestras cumplieron con los parámetros microbiológicos establecidos, sin presencia de coliformes totales.<br>Mayo<br>• Número de muestras: 18<br>• Resultados positivos: 1 muestra positiva para coliformes totales<br>• Interpretación: Se detectó una muestra contaminada, lo que representa un 5,5% de positividad mensual. Esta leche fue descartada conforme a los protocolos establecidos.<br>Junio<br>• Número de muestras: 4<br>• Resultados positivos: 1 muestra positiva para coliformes totales<br>• Interpretación: Se evidencia un 25% de positividad en las muestras de este mes, indicando la necesidad de reforzar medidas de higiene en la manipulación o almacenamiento de la leche. La leche fue descartada. | 30/09/2025 | Análisis de resultados microbiológicos<br>Datos obtenidos:<br>Mes Muestras tomadas Muestras positivas para coliformes % de positividad<br>Julio 27 2 7,4%<br>Agosto 5 2 40%<br>Septiembre 25 9 36%<br>Interpretación de resultados<br>1. Tendencia general:<br>Se observa un incremento significativo en el porcentaje de muestras positivas a partir de agosto. Mientras en julio la positividad fue baja (7,4%), en agosto y septiembre superó el 35%, lo que indica un deterioro en la calidad microbiológica durante los últimos dos meses evaluados.<br>2. Variabilidad mensual:<br>o En julio, los resultados sugieren un buen control microbiológico, posiblemente por condiciones adecuadas de limpieza y desinfección.<br>o En agosto, aunque se tomaron pocas muestras (5), el alto porcentaje de positividad (40%) alerta sobre posibles fallas puntuales en los procesos de higiene o manejo del agua/muestras estas leches fueron domiciliarias<br>o En septiembre, con una muestra más representativa (25), la positividad se mantuvo alta (36%), lo que confirma una tendencia de riesgo microbiológico.<br>3. Posibles causas del aumento:<br>o Deficiencias en los procedimientos de limpieza y desinfección.<br>o Manipulación inadecuada de los elementos o equipos.<br>o Contaminación cruzada en el proceso de toma o transporte de muestras. | 30/12/2025 | ANALISIS DE CONTROLES DE RIESGO TERCER TRIMESTRE 2025<br>Durante el último trimestre, el Banco de Leche Humana del Hospital de Fusagasugá procesó un total de 10.980 ml de leche humana, dentro de las actividades de selección y clasificación previas a la pasteurización y distribución.<br>Como parte del fortalecimiento de la Red de Bancos de Leche Humana (BLH), se recibieron 1.200 ml de leche provenientes del Hospital de Soacha, lo cual representó un cambio relevante en el flujo y origen del producto recibido.<br>Resultados del proceso y pérdidas identificadas<br>Del total de leche procesada se identificaron las siguientes pérdidas durante la etapa de selección y clasificación:<br>• Leche descartada por acidez elevada (>8 °D): 630 ml<br>• Leche descartada por presencia de impurezas: 2.850 ml<br>Esto corresponde a un total de 3.480 ml descartados, equivalente aproximadamente al 31,7 % del total de leche procesada, porcentaje que se considera alto para esta etapa del proceso.<br>Se evidenció que el incremento significativo de impurezas y acidez coincide con el ingreso de leche proveniente de otra institución (Hospital de Soacha), lo que sugiere variaciones en las condiciones de recolección, manipulación, almacenamiento y transporte.<br>Riesgos críticos identificados:<br>1. Riesgo de contaminación física (impurezas)<br>o Asociado a deficiencias en la técnica de extracción, filtrado, rotulación y manipulación inicial.<br>2. Riesgo de deterioro microbiológico (acidez elevada)<br>o Relacionado con fallas en la cadena de frío, tiempos prolongados entre |
| | 3 | REALIZAR CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE BANCO DE LECHE EN LINEAMIENTOS DEL BANCO DE LECHE HUMANO | JEFE DEL SERVICIO /GOBERNACIÓN /RED IBEROAMERICANA DE BANCOS DE LECHE | ANUAL | 30/03/2025 | El talento humano encargado de acompañar y apoyar a las familias donantes debe acreditar formación teórica y experiencia práctica en consejería en lactancia materna y alimentación complementaria, cuyas competencias son indispensables y necesarias para ser desarrolladas en todos los momentos de encuentro individual y colectivo. Adicionalmente, quienes realicen y apoyen procesamiento de leche humana, deben contar con formación teórica y práctica en procesamiento y control de calidad de la leche humana.<br>se realizo una capacitacion teorico practica en cuanto alos procesos de seeccion y clasificacion de laleche humana con un total del 100 % del personal capacitado | 30/06/2025 | ge esté desarrollando un "curso de procesamiento virtual con la Red de Bancos de Leche Humana de la Red Iberoamericana" en Brasil, con los datos disponibles públicamente.<br>se realizan cursos en línea de procesamiento y control de calidad de leche humana organizados por entidades vinculadas a esta red:<br>Existe un curso "Teoría y Práctica en Diálogo (BLH301)" de modalidad online/autoinstruccional, con 18 clases y 180 horas, dirigido a profesionales que actúan en la Red de Bancos de Leche Humana. campusvirtual.fiocruz.br<br>En Brasil,se realizo una referncciacion en los blh de bracilia sobre red de blh el "Curso de Procesamiento y Control de Calidad de Leche Humana: teoría y práctica" ha sido ofrecido con formato virtual para profesionales de estados brasileños.<br>SEGIB | 30/09/2025 | ge esté desarrollando un "curso de procesamiento virtual con la Red de Bancos de Leche Humana de la Red Iberoamericana" en Brasil, con los datos disponibles públicamente.<br>se realizan cursos en línea de procesamiento y control de calidad de leche humana organizados por entidades vinculadas a esta red:<br>Existe un curso "Teoría y Práctica en Diálogo (BLH301)" de modalidad online/autoinstruccional, con 18 clases y 180 horas, dirigido a profesionales que actúan en la Red de Bancos de Leche Humana. campusvirtual.fiocruz.br<br>En Brasil,se realizo una referncciacion en los blh de bracilia sobre red de blh el "Curso de Procesamiento y Control de Calidad de Leche Humana: teoría y práctica" ha sido ofrecido con formato virtual para profesionales de estados brasileños.<br>SEGIB | 30/12/2025 | ANALISIS DE CONTROLES DE RIESGO TERCER TRIMESTRE 2025<br>Durante el último trimestre, el Banco de Leche Humana del Hospital de Fusagasugá procesó un total de 10.980 ml de leche humana, dentro de las actividades de selección y clasificación previas a la pasteurización y distribución.<br>Como parte del fortalecimiento de la Red de Bancos de Leche Humana (BLH), se recibieron 1.200 ml de leche provenientes del Hospital de Soacha, lo cual representó un cambio relevante en el flujo y origen del producto recibido.<br>Resultados del proceso y pérdidas identificadas<br>Del total de leche procesada se identificaron las siguientes pérdidas durante la etapa de selección y clasificación:<br>• Leche descartada por acidez elevada (>8 °D): 630 ml<br>• Leche descartada por presencia de impurezas: 2.850 ml<br>Esto corresponde a un total de 3.480 ml descartados, equivalente aproximadamente al 31,7 % del total de leche procesada, porcentaje que se considera alto para esta etapa del proceso.<br>Se evidenció que el incremento significativo de impurezas y acidez coincide con el ingreso de leche proveniente de otra institución (Hospital de Soacha), lo que sugiere variaciones en las condiciones de recolección, manipulación, almacenamiento y transporte.<br>Riesgos críticos identificados:<br>1. Riesgo de contaminación física (impurezas)<br>o Asociado a deficiencias en la técnica de extracción, filtrado, rotulación y manipulación inicial.<br>2. Riesgo de deterioro microbiológico (acidez elevada)<br>o Relacionado con fallas en la cadena de frío, tiempos prolongados entre |

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

**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

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 114 | 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 | 60% | MODERADO | 60% | MODERADO |
| 115 | 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 TRASMISIÓN DE INFECCIONES POR ACEPTACIÓN DE DONANTE DE LECHE HUMANA SIN EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE DONACIÓN | AFECTACIÓN DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL<br>DEMANDAS O PROCESOS LEGALES | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MAYOR | 80% | ALTA |
| 116 | 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 | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 117 | 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 | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 118 | HOSPITALIZACIÓN / UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS | ECONOMICO | ESTADO HEMODINAMICO DEL PACIENTE | FRAGILIDAD DE LA PIEL<br>NO REALIZAR CAMBIOS DE POSICIÓN | POSIBILIDAD DE AUMENTO DE LA PRESENCIA DE ULCERAS POR PRESIÓN | EVENTO ADVERSO AL PACIENTE | RIESGO EN SALUD | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |

**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 | No CONTROL | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | ATRIBUTOS |  |  |  |  |  | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  |  |  | TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO |  |  |  |  |  |  |
| 114 | 1 | REALIZAR CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 3280 DEL MINISTERIO DE SALUD A TODA LACTANTES NIÑOS Y NIÑAS EN PROCESO DE LACTANCIA<br>QUIEN: JEFE DE BANCO DE LECHE<br>PERIODICIDAD: DIARIA<br>EVIDENCIA: REGISTRO EN EL HISTORIA CLÍNICA EN DINÁMICA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | 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<br>QUIEN: AUXILIARES DE ENFERMERÍA<br>PERIODICIDAD: DIARIA<br>EVIDENCIA: LIBROS DE ASESORÍA Y NOTAS DE ENFERMERÍA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO |  |  |
|  | 3 | RESPUESTA A INTERCONSULTAS ANTE DIFICULTADES DE LACTANCIA MATERNA OBSERVADAS POR LOS ESPECIALISTAS DE LAS UNIDADES<br>QUIEN: JEFE DE BANCO DE LECHE<br>PERIODICIDAD: DIARIA<br>EVIDENCIA: RESPUESTA A INTERCONSULTA POR DINÁMICA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 15% | MUY BAJA | 60% | MODERADO |  |  |
| 115 | 1 | CONTROL MICROBIOLOGICO AL EQUIPO HUMANO QUE TIENE RESPONSABILIDADES DIRECTAS SOBRE EL PROCESAMIENTO DE LECHE HUMANA MEDIANTE CERTIFICACIÓN DE CURSO DE MANEJO DE ALIMENTOS<br>QUIEN: PERSONAL DE BANCO DE LECHE<br>PERIODICIDAD: ANUAL<br>EVIDENCIA: CERTIFICACIONES EN MANEJO DE ALIMENTOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 80% | MAYOR | MAYOR | REDUCIR |
|  | 2 | SELECCIÓN PARA VERIFICAR LOS CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO A TRAVES DE FICHAS DE DONANTES QUE DEBEN SER REVISADAS POR MEDICO DE BANCO DE LECHE Y COORDINADOR<br>PERIODICIDAD:<br>EVIDENCIA: FICHAS DE DONANTES APTAS Y NO APTAS<br>PERIODICIDAD: MENSUAL | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 42% | MEDIA | 80% | MAYOR |  |  |
| 116 | 1 | SOCIALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS RELACIONADOS CON EL USO DE DISPOSITIVOS<br>QUIEN: DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA<br>PERIODICIDAD: BIMENSUAL<br>EVIDENCIA: LISTADO DE ASISTENCIA, REGISTRO FOTOGRÁFICO, POS TEST | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
|  | 2 | APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO CON EL FIN DE MEDIR ADHERENCIA<br>QUIEN: PROFESIONALES DE ENFERMERÍA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: FORMATOS DE LISTAS DE CHEQUEO APLICADAS | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 42% | MEDIA | 60% | MODERADO |  |  |
|  | 3 | REPORTE OPORTUNO Y SEGUIMIENTO POR PARTE DEL EQUIPO DE EPIDEMIOLOGÍA DE LOS CASOS PUNTUALES DE INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS MÉDICOS PRESENTADOS<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACTA DE REUNIÓN CON EQUIPO DE EPIDEMIOLOGIA | CORRECTIVO 10% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 25% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 42% | MEDIA | 45% | MODERADO |  |  |
| 117 | 1 | REPORTE OPORTUNO Y SEGUIMIENTO POR PARTE DEL EQUIPO DE EPIDEMIOLOGÍA DE PRESENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD<br>QUIEN: EQUIPO DE EPIDEMIOLOGÍA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: ACTA REUNIÓN CON EPIDEMIOLOGIA | CORRECTIVO 10% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 25% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 100% | MUY ALTA | 45% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
|  | 2 | DISEÑO DE ESTRATEGIAS LUDICOPEDAGOGICAS DE SOCIALIZACIÓN DEL PROTOCOLO INSTITUCIONAL DE HIGIENE DE MANOS<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>QUIEN: REFERENTE DEL SERVICIO<br>EVIDENCIA: INFORME MENSUAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 45% | MODERADO |  |  |
|  | 3 | REALIZAR LA OBSERVANCIA DE LA APLICACIÓN DE LOS MOMENTOS DE HIGIENE DE MANOS PARA LA MONITORIZACIÓN DEL INDICADOR.<br>PERIODICIDAD: DIARIA<br>EVIDENCIA: FORMULARIO DILIGENCIADO<br>QUIEN: OBSERVADORES DESIGNADOS POR EL SERVICIO. | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 42% | MEDIA | 45% | MODERADO |  |  |
| 118 | 1 | VALORACIÓN DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN AL INGRESO DEL PACIENTE | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
|  | 2 | APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO DE ULCERAS POR PRESIÓN<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: LISTAS DE CHEQUEO APLICADAS | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 42% | MEDIA | 60% | MODERADO |  |  |
|  | 3 | CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACTA DE RUENIÓN, LISTA DE ASISTENCIA Y POSTES | CORRECTIVO 10% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 25% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 42% | MEDIA | 45% | MODERADO |  |  |

**PLAN DE ACCION:** se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia.

| REFERENCIA | No CONTROL | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD |
|---|---|---|---|---|
| 114 | 1 | REALIZAR CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 3280 DEL MINISTERIO DE SALUD A TODA LACTANTES NIÑOS Y NIÑAS EN PROCESO DE LACTANCIA | JEFE DE BANCO DE LECHE | DIARIO |
|  | 2 | REALIZAR 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 | AUXILIARES DE ENFERMERÍA | DIARIO |
|  | 3 | DAR RESPUESTA A INTERCONSULTAS ANTE DIFICULTADES DE LACTANCIA MATERNA OBSERVADAS POR LOS ESPECIALISTAS DE LAS UNIDADES | JEFE DE BANCO DE LECHE | DIARIO |
| 115 | 1 | CONTROL MICROBIOLOGICO AL EQUIPO HUMANO QUE TIENE RESPONSABILIDADES DIRECTAS SOBRE EL PROCESAMIENTO DE LECHE HUMANA MEDIANTE CERTIFICACIÓN DE CURSO DE MANEJO DE ALIMENTOS | PERSONAL DE BANCO DE LECHE | ANUAL |
|  | 2 | SELECCIÓN PARA VERIFICAR LOS CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO A TRAVES DE FICHAS DE DONANTES QUE DEBEN SER REVISADAS POR MEDICO DE BANCO DE LECHE Y COORDINADOR | PERSONAL DE BANCO DE LECHE | BIMENSUAL |
| 116 | 1 | REALIZAR SOCIALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS RELACIONADOS CON EL USO DE DISPOSITIVOS | DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA | MENSUAL |
|  | 2 | REALIZAR APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO RELACIONADAS CON LOS PROCEDIMIENTOS Y MANTENIMIENTO DE DISPOSITIVOS INVASIV0S | ENFERMERÍA | MENSUAL |
|  | 3 | EFECTUAR EL REPORTE OPORTUNO Y SEGUIMIENTO POR PARTE DEL EQUIPO DE EPIDEMIOLOGÍA DE LOS CASOS PUNTUALES DE INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS MÉDICOS | EPIDEMIOLOGÍA | MENSUAL |
| 117 | 1 | LLEVAR A CABO EL REPORTE OPORTUNO Y SEGUIMIENTO POR PARTE DEL EQUIPO DE EPIDEMIOLOGÍA ACERCA DE LA PRESENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD | EPIDEMIOLOGÍA | MENSUAL |
|  | 2 | Diseño de estrategias ludicopedagogicas de socialización del protocolo institucional de higiene de manos | Referente del servicio | Mensual |
|  | 3 | Realizar la observancia de la aplicación de los momentos de higiene de manos | Observadores designados por el servicio. | Diaria |
| 118 | 1 | VALORACIÓN DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN AL INGRESO DEL PACIENTE | Personal de UCI's | Diario |
|  | 2 | APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO DE ULCERAS POR PRESIÓN | Personal de UCI's | Mensual |
|  | 3 | CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN | Personal de UCI's | Trimestral |

| REFERENCIA | No CONTROL | 1 TRIMESTRE |  | 2 TRIMESTRE |  |
|---|---|---|---|---|---|
|  |  | SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025 |  | SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025 |  |
|  |  | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
| 114 | 1 | 30/03/2025 | RESOLUCION 3280<br>Valorar y promover la lactancia materna exclusiva asegurando un adecuado inicio y proceso de mantenimiento de la misma mediante la orientación efectiva a la mujer en periodo de lactancia y/ o las personas significativas.<br>Población sujeto<br>Niñas y niños y sus madres entre los 8 y 30 días de nacimiento.<br>Según criterio del profesional: niñas y niños entre 1 – 6 meses.<br>ENERO ……. 87 CONSULTAS<br>FEBRERO …..67 CONSULTAS<br>MARZO ……79 CONSULTAS<br>TOTAL DE CONSULTAS EN EL PRIMER TRIMESTRE ES DE 233 CONSULTAS REALIZADAS A MADRES LACTANTES DE LA INSTITUCION | 30/06/2025 | 1. Resumen General por Mes<br>Mes Consultas Programadas Consultas Realizadas Inasistencias Reprogramadas Porcentaje<br>Abril 101 86 15 3 85.1%<br>Mayo 99 87 12 2 87.9%<br>Junio 133 111 22 10 83.5%<br>2. Análisis por Indicador<br>☑ Asistencia<br>• El porcentaje de asistencia se ha mantenido relativamente alto, con un promedio general de 85.5% en el trimestre.<br>• El mes de mayo tuvo la mejor tasa de asistencia (87.9%), posiblemente por ajustes en la programación o mejoras en el seguimiento.<br>• En junio se observa un aumento en la cantidad total de citas, pero también un leve descenso en la asistencia (83.5%).<br>✗ Inasistencias<br>• Aunque abril y mayo presentan inasistencias similares (15 y 12), junio muestra un incremento a 22 inasistencias, lo cual podría indicar:<br>o Mayor dificultad para contactar a las usuarias.<br>o Problemas logísticos o de acceso.<br>o Falta de recordatorios o motivación para asistir.<br>🔄 Consultas Reprogramadas<br>• Aumentan progresivamente de 3 (abril y mayo) a 10 en junio, lo que podría estar asociado al aumento en la demanda o problemas de agenda. |
|  | 2 | 30/03/2025 | CAPTACIÓN, SELECCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO DE USUARIAS<br>Este procedimiento corresponde a las actividades que se realizan con todas las usuarias, tanto la donante de leche humana, como la mujer lactante que extrae su leche para el mantenimiento de la lactancia y/o para la alimentación de su propio hijo. La captación es una actividad que implica la socialización y difusión a la población general sobre el propósito de los BLH y la promoción de la donación de leche humana.<br>En el hospital San Rafael de fusagasuga se realiza asesoria y acompañamientos permanentes en todas las areas donde se realice atencion directa con gestantes y madres lactantes .<br>ENERO 318 ATENSIONES EN ASESORIAS EN LACTANCIA MATERNA<br>FEBRERO 223 ATENSIONES EN ASESORIAS EN LACTANCIA MATERNA<br>MARZO 326 ATENSIONES EN ASESORIAS EN LACTANCIA MATERNA<br>PARA UN TOTALDE 867 ATENCIONES | 30/06/2025 | Análisis de Capacitaciones del BLH a Usuarias<br>1. Objetivo General de las Acciones<br>El personal del BLH realiza acciones de acompañamiento a usuarias, con enfoque en:<br>• Procesos de información (educación y sensibilización).<br>• Consejería en lactancia materna.<br>• Extracción de leche humana.<br>Estas actividades están orientadas al cumplimiento de la Resolución 3280 de 2018, que establece lineamientos para la atención integral materno-infantil.<br>2. Número de Actividades Realizadas<br>Tipo de Acción Total de Intervenciones<br>Informativa 755<br>Consejería 294<br>Extracción 253<br>Total 1,302<br>Observaciones:<br>• Las actividades informativas representan el 58% del total, indicando una fuerte labor educativa.<br>• Las consejerías (22.5%) y las asistencias en extracción (19.5%) complementan el proceso, fortaleciendo la práctica efectiva de la lactancia materna.<br>3. Población Atendida<br>Las usuarias se encuentran ubicadas en diversos servicios hospitalarios, como:<br>• Partos |
|  | 3 | 30/03/2025 | De acuerdo a los hallazgos e inquietudes identificados durante el proceso de hospitalizacion junto conlos medicos pediatras y medicos a cargo de los servicios de pediatria ,ginecologia, urgencias ginecologicas y pediatricas , partos se acordara un plan de cuidado para asegurar el mantenimiento de la lactancia materna de forma exclusiva.<br>En dicho plan es importante tener en cuenta las siguientes actividades:<br>a. Ayudar a la madre y la familia para la implementación efectiva de la práctica de lactancia materna.<br>b. En caso de encontrar situaciones como signos de alarma en las mamas se deberá remitir a consulta médica resolutiva para su manejo.<br>en el primer timestre del 2025 se relizaton las siguiente interconsultas<br>Enero 28 INTERCONSULTAS<br>febrero 21 INTERCONSULTAS<br>Marzo 28 INTERCONSULTAS | 30/06/2025 | Análisis de Interconsultas - Banco de Leche Humana<br>1. Resumen general por mes:<br>Mes Total de interconsultas No contestadas (fin de semana) Porcentaje no contestadas<br>Abril 13 2 15,4%<br>Mayo 28 10 35,7%<br>Junio 21 5 23,8%<br>Total 62 17 27,4%<br>2. Análisis cualitativo:<br>• Frecuencia: En total se registraron 62 interconsultas en el trimestre analizado.<br>• Disponibilidad del profesional: El 27,4% (17 interconsultas) no fueron contestadas directamente por el profesional debido a que fueron realizadas durante los fines de semana, periodo en el cual no se cuenta con su presencia. En el comité iamii se solicita nutricionista para atender la interconsultas generadas desde los servicios<br>• Cobertura técnica: A pesar de la ausencia del profesional en fines de semana, estas 17 interconsultas fueron atendidas mediante asesoría brindada por el personal técnico en lactancia, garantizando así una respuesta oportuna a las necesidades de las madres y bebés.<br>• Variación mensual: Mayo fue el mes con mayor número de interconsultas (28) y con la mayor proporción no respondida por el profesional (35,7%), lo cual podría estar relacionado con un mayor número de nacimientos o aumento en la demanda del servicio. |
| 115 | 1 | 30/03/2025 | El BLH debe contar con un manual de bioseguridad en el marco de los documentos institucionales, el cual será de obligatorio cumplimiento por las personas que laboran en el BLH. El acceso a las áreas de extracción, procesamiento y control microbiológico está limitado al personal directamente involucrado y que cumpla con los requisitos de bioseguridad para reducir la posibilidad de contaminación de la leche humana pasteurizada.<br>Los profesionales deben realizar lavado de manos hasta el antebrazo previo al ingreso al BLH. Es obligatorio el uso de Elementos de Protección Personal (EPP) de forma individual para protegerlo de uno o varios riesgos, sirviendo como una que disminuye las consecuencias y la posibilidad de accidentes laborales.<br>Se debe asegurar:<br>☐ Control microbiológico. Teniendo en cuenta que para los BLH y las salas de extracción se considera necesario que el equipo humano que tiene responsabilidades directas sobre el manejo y procesamiento de la leche humana haya recibido capacitación en manipulación de alimentos, con el fin de ganar competencias especificas para su mejor manejo; y considerando que la manipulación de alimentos exige que el equipo humano tenga los exámenes médicos relacionados. La institución de salud, donde funciona el BLH es responsable de garantizar este chequeo periódico, teniendo en cuenta lo descrito en la resolución 2674 de 2013 y demás normatividad vigente<br>todo elpersonal teien el curso de manipulacion de alimentos con vigencia de un año | 30/06/2025 | Observación: Esta certificación es un requisito fundamental para garantizar la inocuidad en el manejo de la leche humana donada y procesada.<br>• Vigencia: La certificación tiene una duración de un año, por lo que debe llevarse un control riguroso de su fecha de vencimiento para asegurar su renovación oportuna.<br>• Recomendación: Implementar un sistema de alertas o cronograma de seguimiento para renovar la certificación antes del vencimiento.<br>• Capacitación en Procesos de Pasteurización<br>• Estado actual: Está pendiente iniciar la capacitación del personal sobre los procesos de pasteurización.<br>• Importancia: Esta capacitación es esencial para:<br>o Asegurar que se sigan los protocolos técnicos correctos (Holder o flash pasteurización).<br>o Minimizar los riesgos de contaminación.<br>o Garantizar la calidad microbiológica y nutricional de la leche donada.<br>• Recomendación:<br>o Programar a corto plazo la capacitación técnica especifica.<br>o Incluir módulos prácticos supervisados.<br>o Evaluar la competencia del personal al finalizar el entrenamiento |
|  | 2 | 30/03/2025 | El BLH debe garantizar el seguimiento semanal a las donantes, sea presencial en el domicilio de la donante o directamente en el BLH, telefónico y/o virtual, para identificar oportunamente cualquier dificultad (de la madre y/o su hijo (a)) que limite la práctica del amamantamiento o la donación. El profesional designado para este procedimiento debe dar apoyo efectivo a la donante.<br>En caso de que los resultados de la clasificación y/o selección de la leche humana recibida de las donantes presenta no conformidades, la donante recibirá apoyo del talento humano del BLH.<br>En el primer trimestre de realizaron las siguientes donaciones<br>ENERO DONANTES APTAS 22 DONANTES NO APTAS 1<br>FEBRER DONANTES APTAS 8 DONANTES NO APTAS 1<br>MARZO DONANTES APTAS 4 DONATES NO APTAS 1 | 30/06/2025 | Mes Donantes Aptas<br>Abril 5<br>Mayo 9<br>Junio 8<br>Total 22<br>Donantes No Aptas Total Valoradas<br>Abril 0<br>Mayo 9 11<br>Junio 8 9<br>Total 22<br>Total Valoradas<br>Abril 5<br>Mayo 11<br>Junio 9<br>Total 25<br>Interpretación del Riesgo<br>•El 12% (3 de 25) de las mujeres valoradas fueron identificadas como no aptas para la donación.<br>•Estas no aptas fueron detectadas gracias a la valoración médica previa a la donación, lo que evitó el riesgo de ingreso de leche potencialmente insegura.<br>Conclusión sobre la probabilidad de transmisión si no se hiciera la |
| 116 | 1 | 30/03/2025 | PARA EL PRIMER TRIMESTRE SE REALIZA SOCIALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS RELACIONADOS CON EL USO DE DISPOSITIVOS | 30/06/2025 | PARA EL SEGUNDO TRIMESTRE SE REALIZA SOCIALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS RELACIONADOS CON EL USO DE DISPOSITIVOS |
|  | 2 | 30/03/2025 | Se adjunta lista de chequeo aplicada | 30/06/2025 | Se adjunta lista de chequeo aplicada |
|  | 3 | 30/03/2025 | Acta de reunion UCI revision IAAS ene-abril 2025.pdf | 30/06/2025 | Acta de reunion revision de reportes IAAS hospitalizacion tercer trimestre 2025.pdf |
| 117 | 1 | 30/03/2025 | socialización y revisión con epidemiologia | 30/06/2025 | socialización y revisión con epidemiologia |
|  | 2 | 30/03/2025 | Lista asistencia actividad higiene de manos | 30/06/2025 | Lista asistencia actividad higiene de manos |
|  | 3 | 30/03/2025 | Muestras usuario LCH 01 Lista de cheq.xlsx | 30/06/2025 | LISTA DE ASISTENCIA LAVADO DE MANOS |
| 118 | 1 | 30/03/2025 |  | 30/06/2025 |  |
|  | 2 | 30/03/2025 | Se aplica lista de de ulceras de presion | 30/06/2025 | Se aplica lista de de ulceras de presion |
|  | 3 | 30/03/2025 | LISTA DE ASISTENCIA PAQUETE INSTRUCCIONAL PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.pdf | 30/06/2025 | LISTA DE ASISTENCIA PAQUETE INSTRUCCIONAL PREVENIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.pdf |

| REFERENCIA | No CONTROL | 3 TRIMESTRE |  | 4 TRIMESTRE |  |
|---|---|---|---|---|---|
|  |  | SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025 |  | SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025 |  |
|  |  | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
| 114 | 1 | 30/09/2025 | análisis de la consejería en lactancia materna para dar cumplimiento a la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud de Colombia, basada en los datos que me diste:<br>• Junio: 78 usuarias atendidas<br>• Agosto: 80 usuarias atendidas<br>• Septiembre: 80 usuarias atendidas<br>ANÁLISIS DE LA CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA – CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN 3280 DE 2018<br>1. Contexto normativo<br>La Resolución 3280 de 2018 establece los lineamientos técnicos y operativos para la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIAMP).<br>Dentro de esta ruta, se incluye la consejería en lactancia materna, cuyo objetivo es promover, proteger y apoyar la lactancia exclusiva hasta los seis meses y complementaria hasta los dos años o más.<br>2. Objetivo del análisis<br>Evaluar el cumplimiento de la consejería en lactancia materna durante el trimestre junio – septiembre, mediante el seguimiento del número de usuarias atendidas y la continuidad en las acciones de promoción y acompañamiento.<br>3. Datos registrados<br>Mes Usuarias atendidas en consejería Observaciones<br>Junio 78 Inicio del registro sistemático de consejería<br>Agosto 80 Se mantiene la adherencia a la consejería<br>Septiembre 80 Se consolida la cobertura alcanzada | 30/12/2025 | Análisis de la consulta de consejería en lactancia materna según número de partos<br>Durante el periodo analizado se evidencia una variación en el número de consultas de consejería en lactancia materna, la cual guarda una relación directa con la cantidad de partos atendidos en cada mes, dado que la consejería se constituye como una intervención clave en el puerperio inmediato y en el inicio oportuno de la lactancia materna.<br>En el mes de octubre se realizaron 86 consultas de consejería, reflejando una demanda significativa asociada al volumen de partos registrados durante este periodo. Para el mes de noviembre, se observó una disminución a 51 consultas, lo cual es coherente con la reducción en el número de nacimientos atendidos, impactando directamente la necesidad de acompañamiento en lactancia materna.<br>Posteriormente, en el mes de diciembre se registró un aumento a 91 consultas de consejería, evidenciando un incremento en la actividad obstétrica del hospital.<br>Este comportamiento reafirma que la consejería en lactancia materna es un proceso estrechamente vinculado a la atención del parto, especialmente en las primeras horas y días posteriores al nacimiento, momento crítico para el establecimiento de la lactancia materna exclusiva<br>En conclusión, la variación mensual en el número de consultas de consejería refleja de manera consistente la dinámica obstétrica del Hospital San Rafael de Fusagasugá, reafirmando la consejería en lactancia materna como una estrategia esencial y dependiente del volumen de |
|  | 2 | 30/09/2025 | Análisis de Capacitaciones del BLH a Usuarias (Julio - Septiembre)<br>1. Objetivo General de las Acciones<br>El Banco de Leche Humana (BLH) desarrolla acciones de acompañamiento dirigidas a las usuarias, con un enfoque integral en los procesos de información, consejería en lactancia materna y apoyo en la extracción de leche humana.<br>Estas actividades buscan fortalecer las prácticas de lactancia materna, promover la donación de leche y dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en la Resolución 3280 de 2018, la cual orienta la atención integral en salud materno-infantil.<br>2. Número de Actividades Realizadas<br>Mes Informativas Consejería Extracción Total de Intervenciones<br>Julio 254 102 82 438<br>Agosto 334 88 90 512<br>Septiemb 331 98 92 521<br>3. Análisis de los Resultados<br>Durante el trimestre analizado (julio a septiembre), se evidencia un incremento progresivo en el número total de intervenciones, pasando de 438 en julio a 521 en septiembre, lo que representa un aumento del 18,9% en las actividades desarrolladas por el BLH.<br>• Actividades informativas:<br>Se mantuvieron como la principal estrategia de intervención, representando en promedio el 63% del total mensual. En agosto se observó el mayor número (334), lo que evidencia una intensificación de las acciones educativas y de sensibilización hacia las madres. | 30/12/2025 | 1. Contexto general<br>El Banco de Leche Humana desarrolla de manera continua acciones educativas, informativas y de acompañamiento en todos los servicios de la institución, fortaleciendo la lactancia materna, la donación de leche humana y la articulación con la Red de BLH.<br>Estas asesorías se realizan mediante tres modalidades principales:<br>• Asesoría informativa en todos los servicios.<br>• Asesoría en salas de extracción de leche materna.<br>• Consulta de consejería en lactancia materna, con atención más personalizada y especializada.<br>2. Análisis por mes<br>○ Octubre<br>• Total de atenciones: 6.053<br>• Predomina la asesoría informativa (3.008 atenciones), lo que evidencia una fuerte presencia del BLH en los servicios asistenciales.<br>• La extracción de leche materna (1.945 atenciones) muestra una alta participación de madres lactantes activas.<br>• La consejería en lactancia (1.110 atenciones) refleja la demanda de acompañamiento especializado para resolver dificultades especificas.<br>Octubre se destaca como el mes con mayor volumen de atenciones del trimestre, evidenciando una alta captación y acceso de la población a los servicios del BLH.<br>Noviembre<br>• Total de atenciones: 5.515<br>• Se observa un incremento en la asesoría informativa (3.368 atenciones), lo que sugiere fortalecimiento de las actividades educativas |
|  | 3 | 30/09/2025 | Descripción de la situación actual<br>El Hospital San Rafael ofrece el servicio de interconsulta por dificultades en lactancia materna a los diferentes servicios institucionales, incluyendo:<br>• Hospitalización<br>• Programa Madre Canguro<br>• Urgencias<br>• Pediatría<br>• Sala de partos o cirugía<br>Durante el trimestre analizado se presentaron las siguientes cifras:<br>Mes Interconsultas solicitadas Interconsultas no contestadas Cumplimiento (%)<br>Julio 21 14 33%<br>Agosto 18 10 44%<br>Septiembre 36 7 81%<br>Análisis de la situación<br>En los meses de julio y agosto se evidenció una baja respuesta a las solicitudes de interconsulta en lactancia materna, con niveles de cumplimiento inferiores al 50%. Esto se debió principalmente a la ausencia de personal profesional permanente para atender dichas consultas, especialmente durante fines de semana y días no hábiles.<br>A partir del mes de septiembre, con el ingreso de la nutricionista a cargo del programa de lactancia, se observa una mejora significativa del indicador, alcanzando un cumplimiento del 81% en la respuesta a las interconsultas. Esto demuestra el impacto positivo de contar con personal asignado de manera continua, lo que fortalece la consejería y el acompañamiento oportuno a las madres lactantes. | 30/12/2025 | Análisis del comportamiento de las consultas de consejería en lactancia materna<br>Durante el último trimestre analizado se evidencia un incremento progresivo y significativo en el número de interconsultas de consejería en lactancia materna en el Hospital San Rafael de Fusagasugá, lo cual refleja una mayor demanda de apoyo especializado por dificultades relacionadas con el proceso de amamantamiento.<br>En el mes de octubre se registraron 4 interconsultas, lo que indica una baja demanda inicial de consejería en lactancia materna.<br>En noviembre, el número de interconsultas aumentó a 13, lo que representa un incremento del 225 % con respecto al mes anterior. Este aumento puede estar asociado a una mayor identificación de dificultades en la lactancia, mayor sensibilización del personal de salud o un incremento en la población materno-infantil atendida.<br>En diciembre, se reportaron 32 interconsultas, evidenciando un aumento del 146 % frente a noviembre y un crecimiento acumulado del 700 % en comparación con octubre.<br>Interpretación de los resultados<br>El comportamiento ascendente de las interconsultas sugiere:<br>Mayor reconocimiento de las dificultades en la lactancia materna, tanto |
| 115 | 1 | 30/09/2025 | Observación: Esta certificación es un requisito fundamental para garantizar la inocuidad en el manejo de la leche humana donada y procesada.<br>• Vigencia: La certificación tiene una duración de un año, por lo que debe llevarse un control riguroso de su fecha de vencimiento para asegurar su renovación oportuna.<br>• Recomendación: Implementar un sistema de alertas o cronograma de seguimiento para renovar la certificación antes del vencimiento.<br>• Capacitación en Procesos de Pasteurización<br>• Estado actual: Está pendiente iniciar la capacitación del personal sobre los procesos de pasteurización.<br>• Importancia: Esta capacitación es esencial para:<br>o Asegurar que se sigan los protocolos técnicos correctos (Holder o flash pasteurización).<br>o Minimizar los riesgos de contaminación.<br>o Garantizar la calidad microbiológica y nutricional de la leche donada.<br>• Recomendación:<br>o Programar a corto plazo la capacitación técnica especifica.<br>o Incluir módulos prácticos supervisados.<br>o Evaluar la competencia del personal al finalizar el entrenamiento | 30/12/2025 | TAnálisis del proceso de pasteurización y control microbiológico – Último trimestre<br>Durante el último trimestre, el Banco de Leche Humana llevó a cabo 6 ciclos de pasteurización, como parte del aseguramiento de la calidad e inocuidad de la leche humana destinada al consumo de la población neonatal beneficiaria.<br>Como control del proceso, se realizaron siembras microbiológicas para la detección de coliformes, obteniéndose los siguientes resultados:<br>• En el consolidado del trimestre, se sembraron 22 tubos de microbiología, los cuales presentaron resultado negativo para coliformes, evidenciando la efectividad del proceso de pasteurización y el adecuado cumplimiento de los protocolos establecidos.<br>Análisis por mes<br>NOVIEMBRE<br>• Se sembraron 17 tubos de microbiología.<br>• Todos los resultados fueron negativos para coliformes.<br>Este resultado confirma condiciones óptimas en la manipulación, procesamiento, pasteurización y almacenamiento de la leche humana durante este periodo.<br>DICIEMBRE<br>• Se sembraron 7 tubos de microbiología.<br>• Los resultados fueron negativos para coliformes.<br>A pesar de una menor cantidad de muestras procesadas, se mantuvo la |
|  | 2 | 30/09/2025 | 1. Datos generales<br>Mes Donantes aptas Donantes no aptas Total evaluadas % Aptas % No aptas<br>Julio 12 0 12 100% 0%<br>Agosto 8 1 9 88.9% 11.1%<br>Septiembr 10 2 12 83.3% 16.7%<br>Total trimestre30 3 33 90.9% aptas 9.1% no aptas<br>2. Tendencia observada<br>• En julio se observa un comportamiento óptimo, con el 100% de las donantes aptas, lo cual refleja un excelente proceso de captación y selección.<br>• En agosto se presenta una ligera disminución del número total de donantes (de 12 a 9) y aparece un caso no apto, representando un 11,1% de exclusión.<br>• En septiembre, aunque el total de donantes evaluadas aumenta nuevamente a 12, el número de donantes no aptas se incrementa a 2, alcanzando un 16,7%.<br>Esto sugiere una tendencia a la disminución del porcentaje de donantes aptas durante el trimestre. | 30/12/2025 | Análisis de caracterización de madres donantes del BLH<br>Hospital San Rafael de Fusagasugá<br>Durante el periodo analizado se realizó la captación de madres donantes para el Banco de Leche Humana, evidenciándose variaciones tanto en el número de donantes como en la proporción de donantes aptas y no aptas, de acuerdo con los criterios de selección establecidos.<br>Comportamiento mensual de la captación y aptitud<br>• Octubre:<br>Se captaron 10 madres donantes, de las cuales 7 fueron aptas y 3 no aptas, lo que corresponde a un 30 % de no aptitud. Las causas de no aptitud estuvieron relacionadas con anemia y antecedente de transfusión, condiciones que contraindican temporal o definitivamente la donación de leche humana según los lineamientos del BLH.<br>• Noviembre:<br>Durante este mes se captaron 8 madres donantes, de las cuales 7 fueron aptas y 1 no apta, representando un 12,5 % de no aptitud. La causa identificada fue anemia, evidenciando una disminución significativa en la proporción de donantes no aptas en comparación con el mes anterior.<br>• Diciembre:<br>En este periodo se captaron 8 madres donantes, y el 100 % fueron consideradas aptas, lo que refleja una adecuada selección inicial y mejores condiciones de salud materna al momento de la captación.<br>Análisis e interpretación<br>El análisis de la caracterización muestra una tendencia favorable en la aptitud de las donantes a lo largo del trimestre:<br>• Se observa una disminución progresiva de las causas de no aptitud, |
| 116 | 1 | 30/09/2025 | PARA EL TERCER TRIMESTRE SE REALIZA SOCIALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS RELACIONADOS CON EL USO DE DISPOSITIVOS | 30/12/2025 | Durante el último trimestre, se brindó formación al personal asistencial enfocada en el control de líquidos ingeridos y eliminados, reforzando la importancia de una medición precisa y oportuna como parte del seguimiento clínico del paciente. Así mismo, se capacitó en la manipulación adecuada de la sonda vesical, enfatizando el procedimiento correcto para su desocupe y cuantificación de la diuresis, garantizando prácticas seguras que eviten la contaminación y reduzcan el riesgo de infecciones asociadas.<br>De manera complementaria, se abordó el proceso de entrega y recibo de pacientes, haciendo énfasis en el lavado de manos como medida fundamental de seguridad, así como en la verificación de los accesos vasculares, evaluando su funcionalidad, permeabilidad, estado de las curaciones, técnica de manipulación y presencia de signos de infección. Igualmente, se reforzó la correcta manipulación de la sonda vesical durante los cambios de turno, asegurando la continuidad del cuidado y la prevención de eventos adversos.<br>Finalmente, se fortaleció la adecuada elaboración de las notas de enfermería, resaltando la importancia de describir de manera clara y detallada cada uno de los procedimientos realizados o manipulaciones efectuadas, especificando el estado del paciente, la funcionalidad de los dispositivos, así como el análisis de riesgo–beneficio asociado a su uso, contribuyendo a una atención segura, integral y de calidad. |
|  | 2 | 30/09/2025 | Se adjunta lista de chequeo aplicada | 30/12/2025 | Durante el año 2025, la Lista de Chequeo de Catéter Vesical (LCH 04) presentó un alto nivel de cumplimiento global del 97%, lo que evidencia una adecuada adherencia del personal de enfermería a los lineamientos institucionales para el manejo seguro del catéter vesical. La aplicación constante de la herramienta a lo largo del año, con un total de 367 listas diligenciadas, refleja el compromiso institucional con la seguridad del paciente, la prevención de infecciones urinarias asociadas al catéter y la mejora continua de la calidad del cuidado. El cierre del año con un 100% de cumplimiento consolida el proceso como efectivo, sostenible y alineado con las buenas prácticas asistenciales. |
|  | 3 | 30/09/2025 | Acta de reunion revision de reportes IAAS hospitalizacion tercer trimestre 2025.pdf | 30/12/2025 | SE REALIZA Citacion PARA ENERO 2026, para realizar análisis del mes de diciembre |
| 117 | 1 | 30/09/2025 | socialización y revisión con epidemiologia | 30/12/2025 | Análisis de novedades IAAS DE octubre y noviembre |
|  | 2 | 30/09/2025 | Durante el mes de octubre se diseñaron estrategias ludicopedagógicas orientadas a la socialización del protocolo de higiene de manos, con el propósito de reforzar los conocimientos del personal y realizar corrección en la técnica cuando fue necesario. Estas actividades fueron programadas de manera continua a lo largo del mes, desarrollándose en cuatro jornadas:<br>9 de octubre: 39 colaboradores.<br>16 de octubre: 41 colaboradores.<br>23 de octubre: 63 colaboradores.<br>30 de octubre: 51 colaboradores.<br>En total, se logró la formación de 194 colaboradores de la institución, entre ellos profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería, personal de camillería e instrumentadoras quirúrgicas. Esta estrategia permitió fortalecer la adherencia al protocolo institucional y promover prácticas seguras en los diferentes servicios. | 30/12/2025 | Durante el mes de noviembre se implementó la estrategia de entrega y recibo de pacientes, abordando de manera integral todos los aspectos relacionados con el cuidado seguro del usuario. Esta actividad incluyó el cumplimiento de la higienización de manos, la aplicación de los cinco momentos, el uso adecuado de los elementos de protección personal, la verificación de la historia clínica y la correcta documentación, la revisión y administración segura de medicamentos, así como la limpieza y desinfección de la cama y del entorno del paciente, fortaleciendo la continuidad del cuidado, la seguridad del paciente y la calidad de la atención. |
|  | 3 | 30/09/2025 | LISTA DE ASISTENCIA LAVADO DE MANOS | 30/12/2025 | Durante el año 2025, la Lista de Chequeo de Adherencia a la Higiene de Manos (LCH 01) evidenció un cumplimiento global del 97%, lo que demuestra una alta adherencia del personal asistencial a los lineamientos establecidos para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud. La aplicación constante de la herramienta, con un total de 1.103 listas diligenciadas, refleja un seguimiento continuo y sistemático del proceso, incluso en periodos de alta demanda asistencial. Estos resultados |
| 118 | 1 | 30/09/2025 |  | 30/12/2025 |  |
|  | 2 | 30/09/2025 | Se aplica lista de de ulceras de presion | 30/12/2025 | Se aplica lista de de ulceras de presion |
|  | 3 | 30/09/2025 | FORMACION PROGRAMA PIEL DEL MES A PROFESOANLES DE ENFERMERIA DESDE EL AREA DE CORDINACION DE ENFERMERIA | 30/12/2025 | SOCIALIZACION PREVENCION LPP |

Hospital San Rafael de Fusagasugá
"Hospital humano, hospital comprometido"

Código y Versión
PL-FT-12 V03
Página

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

| | |
|---|---|
| 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

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 119 | 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<br>Retrasos en la atención a los pacientes | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | ALTA | 80% | MAYOR | 80% | ALTA |
| 120 | GESTIÓN FINANCIERA / CONTRATACIÓN | ECONOMICO | DESCONOCIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE CONTRACCIÓN | FALLAS EN LA REVISIÓN DE REQUISITOS EN LA CONTRATACIÓN DE BIENES O SERVICIOS | POSIBILIDAD DE MULTAS SANCIÓN ECONÓMICA POR INCUMPLIMIENTO DE REQUISITOS EN LA CONTRATACIÓN DE BIENES O SERVICIOS | Impacto en la sostenibilidad financiera<br>Demoras y obstáculos operativos<br>Impacto económico | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | ALTA | 80% | MAYOR | 80% | ALTA |
| 121 | GESTIÓN FINANCIERA / CONTRATACIÓN | 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 INFROMACION EN LA PLATAROMA SIA OBSERVA | Sanciones legales y financieras | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | ALTA | 80% | MAYOR | 80% | ALTA |
| 122 | GESTIÓN FINANCIERA / AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS - GLOSAS | ECONOMICO | 1. Recepción masiva de glosas o devoluciones<br>2. Por la dinámica del sistema, las ERP y otra entidades notifican glosas y devoluciones por diferentes medios de comunicación, Correos electrónicos, paginas web y medio fisico, 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, Correos electrónicos, 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 contratad | POSIBILIDAD DE: SUBREGISTRO EN LAS GLOSAS Y DEVOLUCIONES RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ, SIN EL PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS, RECEPCIÓN, REGISTRO EN DINÁMICA GERENCIAL, TRAMITE DE RESPUESTA. | Sesgo en la información<br>Debilidades en las actividades de control y no permitiría la trazabilidad de forma eficiente | RIESGO DE CREDITO<br>RIESGO DE LIQUIDEZ | PROCESO | ALTA | 80% | MENOR | 40% | MODERADO |
| 123 | GESTIÓN FINANCIERA / AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS - GLOSAS | ECONOMICO | Recepción masiva de glosas o devoluciones | Por la dinámica del sistema, las ERP y otra entidades notifican glosas y devoluciones por diferentes medios de comunicación, Correos electrónicos, paginas 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 RATIFICADAS, YA QUE DINÁMICA GERENCIAL NO PERMITE REINCORPORAR ESTA GLOSA POR LO QUE ES NECESARIO LLEVAR ARCHIVOS EN HERRAMIENTAS OFIMÁTICAS. | Sesgo en la información<br>Debilidades en las actividades de control y no permitiría la trazabilidad de forma eficiente | RIESGO DE CREDITO<br>RIESGO DE LIQUIDEZ | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA |

**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 | No CONTROL | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | ATRIBUTOS | | | | | | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO | | | | | | |
| 119 | 1 | SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS EN COMITÉ DE GERENCIA Y COMITÉ DE COMPRAS<br>QUIEN: REFERENTE COMPRAS Y CONTRATACIÓN<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: ACTAS DE COMITÉ<br>COMO: MEDIANTE EL ESTABLECIMIENTO DE COMPROMISOS PARA LA ENTREGA DE ESTUDIOS PREVIOS | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 56% | MEDIA | 80% | MAYOR | ALTA | REDUCIR |
| 120 | 1 | REVISIÓN DE EXPEDIENTES EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL<br>QUIEN: CONTRATISTA ENCARGADO DE ELABORACIÓN DE MINUTA<br>PERIODICIDAD: DIARIAMENTE<br>EVIDENCIA: CORREO ELECTRÓNICO CON OBSERVACIONES Y REQUERIMIENTOS<br>COMO: VERIFICACIÓN TÉCNICA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS (NORMATIVIDAD, MONTO, PLAZO DE EJECUCIÓN, FORMA DE PAGO, OBJETO A CONTRATAR REVISIÓN DE PÓLIZAS) | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 80% | MAYOR | MODERADO | REDUCIR |
| 120 | 2 | REVISIÓN DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS POR CONTRATISTAS<br>QUIEN: REFERENTE Y COORDINADOR DE CONTRATACIÓN<br>PERIODICIDAD: DIARIAMENTE<br>EVIDENCIA: CORREO ELECTRÓNICO CON OBSERVACIONES Y REQUERIMIENTOS<br>PARA QUE: EVITAR SANCIONES LEGALES ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS POR INCUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD CONTRACTUAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 80% | MAYOR | | |
| 120 | 3 | REVISIÓN DE EXPEDIENTES EN LA ETAPA CONTRACTUAL<br>QUIEN: REFERENTE Y COORDINADOR DE CONTRATACIÓN<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>EVIDENCIA: CORREO ELECTRÓNICO CON OBSERVACIONES Y REQUERIMIENTOS<br>PARA QUE: ENCONTRAR ERRORES QUE SE HAYAN COMETIDO EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 20% | MUY BAJA | 80% | MAYOR | | |
| 120 | 4 | REVISIÓN DE EXPEDIENTES EN LA ETAPA POSCONTRACTUAL<br>QUIEN: REFERENTE Y COORDINADOR DE CONTRATACIÓN<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: CORREO ELECTRÓNICO CON OBSERVACIONES Y REQUERIMIENTOS<br>PARA QUE: SUBSANAR ERRORES EN ETAPAS PREVIAS | CORRECTIVO 10% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 25% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 20% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 121 | 1 | SEGUIMIENTO AL CARGUE DE LA INFROMACION EN LA PLATAFORMA SIA OBSERVA<br>CUANDO:_ MENSUAL<br>QUIEN: PERSONAL DE CONTRATACIÓN<br>EVIDENCIA: PANTALLAZOS DEL CARGUE | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 56% | MEDIA | 80% | MAYOR | ALTA | REDUCIR |
| 122 | 1 | VERIFICACIÓN, RECEPCIÓN, REGISTRO EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LAS GLOSAS Y DEVOLUCIONES RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ.<br>QUIEN: TÉCNICOS ÁREA GLOSAS<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>MEDIO DE VERIFICACIÓN: CRUCE DE INFORMACIÓN ENTRE, EL INFORME DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES RECIBIDAS CONTRA EL INFORME DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES RATIFICADAS RESPONDIDAS. | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 40% | MENOR | MODERADO | REDUCIR |
| 122 | 2 | VERIFICACIÓN EN CRUCES CONJUNTOS CON EL ÁREA DE CARTERA LAS GLOSAS O DEVOLUCIONES PENDIENTES DE EMITIR A RESPUESTA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>QUIEN: GLOSAS Y CARTERA<br>MEDIO DE VERIFICACIÓN: ACTA CONJUNTA CON EL ÁREA DE CARTERA | CORRECTIVO 10% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 25% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 30% | MENOR | | |
| 123 | 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.<br>MEDIO DE VERIFICACIÓN: CRUCE DE INFORMACIÓN ENTRE, EL INFORME DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES RATIFICADAS RECIBIDAS CONTRA EL INFORME DE GLOSAS Y DEVOLUCIONES RATIFICADAS RESPONDIDAS. | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 123 | 2 | VERIFICACIÓN EN CRUCES CONJUNTOS CON EL ÁREA DE CARTERA LAS GLOSAS O DEVOLUCIONES PENDIENTES DE EMITIR A RESPUESTA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>QUIEN: GLOSAS Y CARTERA<br>PARA QUE: REALIZAR EL DEBIDO PROCESO DE RESPUESTA A LAS GLOSAS<br>MEDIO DE VERIFICACIÓN: ACTA CONJUNTA CON EL ÁREA DE CARTERA | CORRECTIVO 10% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 25% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 45% | MODERADO | | |
| 123 | 3 | VERIFICACIÓN DE LA RESPUESTA INICIALMENTE EMITIDA, CON EL FIN DE IDENTIFICAR POSIBLES FALLAS EN LAS RESPUESTAS<br>QUIEN: TÉCNICO ENCARGADO DE GLOSAS POSTERIOR VERIFICACIÓN DEL REFERENTE DEL PROCESO<br>PERIODICIDAD: A MEDIDA QUE ES NOTIFICADA LA RATIFICACIÓN | CORRECTIVO 10% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 25% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 34% | MENOR | | |
| 123 | 4 | CAPACITACIONES SOBRE PROCESOS DEL AREA ENFOCADAS EN GARANTIZAR EL DEBIDO REGISTRO DE LAS GLOSAS RECIBIDAS Y RESPONDIDAS<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: SOPORTE DE LAS CAPACITACIONES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | | |

**PLAN DE ACCION:** se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia.

| REFERENCIA | No CONTROL | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD |
|---|---|---|---|---|
| 119 | 1 | REALIZAR SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE LOS ESTUDIOS PREVIOS EN COMITÉ DE GERENCIA Y COMITÉ DE COMPRAS | REFERENTE COMPRAS Y CONTRATACIÓN | MENSUAL |
| 120 | 1 | REALIZAR REVISIÓN DE EXPEDIENTES EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL | CONTRATISTA ENCARGADO DE ELABORACIÓN DE MINUTA | DIARIAMENTE |
| 120 | 2 | REALIZAR REVISIÓN DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS POR CONTRATISTAS | REFERENTE Y COORDINADOR DE CONTRATACIÓN | DIARIAMENTE |
| 120 | 3 | REALIZAR REVISIÓN DE EXPEDIENTES EN LA ETAPA CONTRACTUAL | COORDINADOR DE CONTRATACIÓN | SEMANAL |
| 120 | 4 | REALIZAR ,REVISIÓN DE EXPEDIENTES EN LA ETAPA POSCONTRACTUAL | REFERENTE Y COORDINADOR DE CONTRATACIÓN | MENSUAL |
| 121 | 1 | SEGUIMIENTO AL CARGUE DE LA INFROMACION EN LA PLATAFORMA SIA OBSERVA | REFERENTE Y COORDINADOR DE CONTRATACIÓN | MENSUAL |
| 122 | 1 | Cruce de información entre, el informe de glosas y devoluciones ratificadas recibidas contra el informe de glosas y devoluciones respondidas. | LÍDER DEL PROCESO - Equipo de trabajo de glosas | PERIODICIDAD MENSUAL |
| 122 | 2 | Verificación en cruces conjuntos con el área de cartera las glosas o devoluciones pendientes de emitir a respuesta | LÍDER DEL PROCESO - Equipo de trabajo de glosas | PERIODICIDAD MENSUAL |
| 123 | 1 | Cruce de información entre, el informe de glosas y devoluciones por primera vez recibidas contra el informe de glosas y devoluciones respondidas. | LÍDER DEL PROCESO - Equipo de trabajo | PERIODICIDAD MENSUAL |
| 123 | 2 | Realizar verificación en cruces conjuntos con el área de cartera las glosas o devoluciones pendientes de emitir a respuesta | Glosas y cartera | Mensual |
| 123 | 3 | Realizar verificación de la respuesta inicialmente emitida, con el fin de identificar posibles fallas en las respuestas | Técnico encargado de glosas posterior verificación del referente del proceso | A medida que es notificada la ratificación |
| 123 | 4 | CAPACITACIONES SOBRE PROCESOS DEL AREA ENFOCADAS EN GARANTIZAR EL DEBIDO REGISTRO DE LAS GLOSAS RECIBIDAS Y RESPONDIDAS | REFENTE DE GLOSAS | TRIMESTRAL |

## 1 TRIMESTRE

SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025

| REFERENCIA | No CONTROL | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|
| 119 | 1 | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre de 2025, se elaboraron la totalidad de los contratos solicitados por la Oficina de Compras, garantizando así la atención oportuna a las necesidades institucionales. Además, se realizó seguimiento permanente a través de los Comités de Gerencia, tal como se evidencia en las actas que reposan en la Oficina de Planeación.<br>Este seguimiento ha permitido asegurar que la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá cuente con los servicios necesarios para dar cumplimiento a su misión institucional, garantizando la continuidad y calidad en la prestación del servicio de salud a la comunidad. |
| 120 | 1 | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre de la vigencia 2025, se revisaron un total de 1.116 expedientes en etapa precontractual, correspondientes a los procesos adelantados en los meses de enero, febrero y marzo.<br>En cada revisión se verificó que los expedientes incluyeran la totalidad de los documentos exigidos conforme a la normatividad vigente y a los lineamientos establecidos en el Estatuto y Manual de Contratación de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.<br>Asimismo, se evaluó la consistencia de la información registrada en los estudios previos y su correspondencia con los soportes documentales requeridos. Como resultado de este proceso, se emitieron observaciones a la Oficina de Compras en aquellos casos donde se evidenciaron inconsistencias o faltantes, con el fin de asegurar transparencia, legalidad y eficiencia en el desarrollo de los procedimientos institucionales. |
| 120 | 2 | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre de la vigencia 2025, se revisaron un total de 1.116 expedientes en etapa precontractual, correspondientes a los procesos adelantados en los meses de enero, febrero y marzo.<br>En cada revisión se verificó que los expedientes incluyeran la totalidad de los documentos exigidos conforme a la normatividad vigente y a los lineamientos establecidos en el Estatuto y Manual de Contratación de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.<br>Asimismo, se evaluó la consistencia de la información registrada en los estudios previos y su correspondencia con los soportes documentales requeridos. Como resultado de este proceso, se emitieron observaciones a la Oficina de Compras en aquellos casos donde se evidenciaron inconsistencias o faltantes, con el fin de asegurar transparencia, legalidad y eficiencia en el desarrollo de los procedimientos institucionales. |
| 120 | 3 | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre del año 2025 se han revisado un total de 1.116 expedientes contractuales en su etapa precontractual. En cada uno de los casos se llevó a cabo la verificación de los estudios previos, con el fin de constatar que contaran con la totalidad de los documentos exigidos conforme a la normatividad vigente y los lineamientos internos del Estatuto y Manual de Contratación de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.<br>Esta revisión incluyó el análisis de la coherencia entre la información contenida en el estudio previo y los soportes documentales, así como el cumplimiento de los requisitos mínimos exigidos para continuar con el proceso contractual. Como resultado de este ejercicio, se realizaron observaciones formales a la Oficina de Compras en aquellos casos en los que se evidenciaron inconsistencias o se requirió el ajuste de documentos antes de su legalización, con el objetivo de garantizar la transparencia, legalidad y adecuada ejecución de los recursos públicos. |
| 120 | 4 | 30/03/2025 | teniendo en cuenta que los contratos suscritos durante este periodo aún se encuentran en ejecución, no es posible realizar, por el momento, la revisión postcontractual de los mismos. |
| 121 | 1 | 30/03/2025 | INFORME SIA OBSERVA ENERO - FEBRERO |
| 122 | 1 | 30/03/2025 | Durante el periodo se realiza recepción y registro de las glosas y devoluciones recibidas en DINAMICA GERENCIAL, las cuales son previamente verificadas para iniciar el proceso de respuestas.<br>Las cuales se encuentra reportadas a las diferentes areas de la ESE junto con los demás informes mensuales. |
| 122 | 2 | 30/03/2025 | Durante el periodo se realizan cruces conjuntos con el área de cartera sobre la información remitida por las diferentes entidades, esto con el animo de identificar no conformidades e iniciar el proceso de subsanación. |
| 123 | 1 | 30/03/2025 | Durante el periodo se realizan cruces conjuntos con el área de cartera sobre la información remitida por las diferentes entidades, esto con el animo de identificar no conformidades e iniciar el proceso de subsanación. |
| 123 | 2 | 30/03/2025 | durante el periodo se realizan cruces conjuntos con el área de cartera sobre la información recibida de parte de las entidades con el propósito de iniciar el proceso de verificación análisis sustentación e identificar saldos o facturas objetadas que por diferentes motivos se encuentren pendientes. |
| 123 | 3 | 30/03/2025 | Durante el periodo se realiza cruce de información y verificación de respuestas emitidas sobre las respuestas a objeciones lo que redunda en la radicación de los informes del área a la subgerencia administrativa, contabilidad, presupuesto y cartera. |
| 123 | 4 | 30/03/2025 | Para el periodo se implementa la utilización del sistema de información Dinámica Gerencial en un 100%, como se evidencia en los informes extraídos de esta herramienta.<br>Con ayuda del área de Sistemas se realiza el proceso de cargue masivo y se ajusta el proceso registro de glosas por segunda vez.<br>Devolución: Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago DURANTE LA REVISIÓN PRELIMINAR Y QUE IMPIDE DAR POR PRESENTADA LA FACTURA. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma<br>Por ende al ser respondidas y radicadas nuevamente inician el proceso de revisión interna, por lo que algunas de estas llegarían nueva mente a la IPS como glosa, ítem que no es contemplado dentro de la parametrizacion de DINAMICA GERENCIAL. |

## 2 TRIMESTRE

SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025

| REFERENCIA | No CONTROL | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|
| 119 | 1 | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre de 2025, se elaboraron en su totalidad los contratos solicitados por la Oficina de Compras, garantizando la atención oportuna a las necesidades de las distintas dependencias de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.<br>Asimismo, se realizó un seguimiento permanente a los procesos contractuales a través de los Comités de Gerencia, lo cual se encuentra debidamente documentado en las actas que reposan en la Oficina de Planeación.<br>Este acompañamiento ha permitido asegurar la disponibilidad oportuna de los bienes y servicios requeridos para el adecuado funcionamiento institucional, contribuyendo a la continuidad y calidad en la prestación del servicio de salud a la población usuaria. |
| 120 | 1 | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre de la vigencia 2025, correspondiente a los meses de abril, mayo y junio, se revisaron un total de 577 expedientes en su etapa precontractual. Este volumen corresponde a los procesos tramitados por la Oficina de Contratación para la formalización de contratos necesarios en las distintas áreas de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.<br>En cada uno de los expedientes se verificó que se encontraran incluidos los documentos exigidos conforme a la normatividad vigente y en cumplimiento de los lineamientos establecidos en el Estatuto y Manual de Contratación de la entidad. La revisión incluyó la validación de la coherencia entre los estudios previos y los soportes documentales allegados, así como el cumplimiento de los requisitos mínimos para avanzar hacia la legalización de los contratos.<br>Como resultado de este proceso, se emitieron observaciones formales a la Oficina de Compras en aquellos expedientes en los que se identificaron inconsistencias o documentación incompleta, solicitando los ajustes necesarios antes de su legalización. Este ejercicio ha permitido seguir garantizando la transparencia, legalidad y eficiencia en los procedimientos de contratación, fortaleciendo los mecanismos de control interno y asegurando la correcta gestión de los recursos públicos. |
| 120 | 2 | 30/06/2025 | En cada revisión se verificó que los expedientes incluyeran la totalidad de los documentos exigidos conforme a la normatividad vigente y a los lineamientos establecidos en el Estatuto y Manual de Contratación de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.<br>Asimismo, se evaluó la consistencia de la información registrada en los estudios previos y su correspondencia con los soportes documentales requeridos. Como resultado de este proceso, se emitieron observaciones a la Oficina de Compras en aquellos casos donde se evidenciaron inconsistencias o faltantes, con el fin de asegurar transparencia, legalidad y eficiencia en el desarrollo de los procedimientos institucionales. |
| 120 | 3 | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre del año 2025 se han revisado un total de 577 expedientes contractuales en su etapa contractual. Este proceso tuvo como objetivo verificar que, una vez legalizados, los contratos cumplieran con las condiciones establecidas en los estudios previos y con los requisitos exigidos en el Estatuto y Manual de Contratación de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.<br>La revisión incluyó la constatación de la legalización efectiva de los contratos, el soporte documental correspondiente (minutas firmadas, pólizas aprobadas, actos administrativos y registros presupuestales), así como la coherencia entre lo pactado contractualmente y lo ejecutado en los primeros días de cumplimiento.<br>En los casos en que se detectaron observaciones o inconsistencias, estas fueron comunicadas a la Oficina de Compras y a las Subgerencias involucradas, con el fin de corregir de manera oportuna y garantizar la adecuada ejecución contractual.<br>Este seguimiento permitió fortalecer los mecanismos de control, asegurar la legalidad de los contratos en ejecución y contribuir al cumplimiento de los principios de eficiencia, transparencia y responsabilidad en la gestión contractual de la entidad. |
| 120 | 4 | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre del año 2025, se inició la revisión de los expedientes en la etapa postcontractual correspondiente a los contratos cuya ejecución ha finalizado dentro del periodo evaluado. Este proceso consistió en verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos para la liquidación de los contratos, la existencia de las actas de terminación, las actas de recibo a satisfacción y demás documentos exigidos conforme al Estatuto y Manual de Contratación de la entidad.<br>La revisión postcontractual tuvo como propósito constatar que cada contrato cerrado cumpliera con los procedimientos de cierre establecidos, incluyendo la verificación del cumplimiento de las obligaciones contractuales, el informe del supervisor y la aprobación de la liquidación por parte de las áreas responsables. Adicionalmente, se identificaron casos en los que fue necesario requerir documentación faltante o realizar aclaraciones antes de formalizar el cierre del expediente.<br>Este ejercicio fortalece los principios de transparencia, eficiencia y responsabilidad en la gestión contractual, permitiendo evidenciar oportunidades de mejora en los procesos y garantizar el adecuado archivo y custodia de los expedientes contractuales. |
| 121 | 1 | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre de la vigencia 2025, desde el área de contratación se realizó seguimiento continuo al cargue oportuno y completo de la información contractual en la plataforma SIA Observa, en cumplimiento de la Resolución 0045 de 2021 y los lineamientos establecidos por la Contraloría de Cundinamarca.<br>Se llevaron a cabo acciones de control y verificación mensual para garantizar la calidad, coherencia y consistencia de los datos reportados, incluyendo contratos, adiciones, novedades, actas y demás documentos exigidos por la normativa vigente.<br>Adicionalmente, se mantuvo articulación permanente con las áreas de Presupuesto y Jurídica, con el fin de conciliar la información antes de su rendición y evitar omisiones o registros erróneos. Estas acciones permitieron fortalecer el principio de publicidad, la transparencia en la gestión contractual y el cumplimiento de las obligaciones institucionales ante los entes de control. |
| 122 | 1 | 30/06/2025 | Durante el periodo se realiza recepción y registro de las glosas y devoluciones recibidas en DINAMICA GERENCIAL, las cuales son previamente verificadas para iniciar el proceso de respuestas.<br>Las cuales se encuentra reportadas a las diferentes áreas de la ESE junto con los demás informes mensuales. |
| 122 | 2 | 30/06/2025 | Durante el periodo se realizan cruces conjuntos con el área de cartera sobre la información remitida por las diferentes entidades, esto con el animo de identificar no conformidades e iniciar el proceso de subsanación. del periodo abril a junio 2025 |
| 123 | 1 | 30/06/2025 | Durante el periodo se realizan cruces conjuntos con el área de cartera sobre la información remitida por las diferentes entidades, esto con el animo de identificar no conformidades e iniciar el proceso de subsanación. del periodo abril a junio 2025 |
| 123 | 2 | 30/06/2025 | Durante el periodo se realizan cruces conjuntos con el área de cartera sobre la información recibida de parte de las entidades con el propósito de iniciar el proceso de verificación análisis sustentación e identificar saldos o facturas objetadas que por diferentes motivos se encuentren pendientes. Vigencia abril a junio 2025 |
| 123 | 3 | 30/06/2025 | Durante el periodo se realiza cruce de información y verificación de respuestas emitidas sobre las respuestas a objeciones lo que redunda en la radicación de los informes del área a la subgerencia administrativa, contabilidad, presupuesto y cartera. |
| 123 | 4 | 30/06/2025 | El equipo de glosas participó en la capacitación en el modulo de cargue masivo de objeciones en dinámica web orientada por el área de sistemas lo cual permitirá optimizar tiempos de registro, minimizar errores y mejorar la trazabilidad en el cargue de las glosas |

## 3 TRIMESTRE

SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025

| REFERENCIA | No CONTROL | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|
| 119 | 1 | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de 2025, se realizó un seguimiento continuo a la entrega y revisión de los estudios previos presentados en los Comités de Gerencia y de Compras, garantizando la evaluación oportuna de los requerimientos contractuales de las distintas dependencias de la E.S.E.<br>Este acompañamiento permitió fortalecer la planeación y la trazabilidad de los procesos, asegurando la correcta validación técnica, jurídica y financiera de los estudios previos antes de su publicación y contribuyendo a la eficiencia en la gestión contractual institucional. |
| 120 | 1 | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de la vigencia 2025, el área de contratación de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá adelantó la revisión de expedientes en la etapa poscontractual, con el fin de garantizar el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la normativa vigente y en los procedimientos internos de la entidad.<br>Estas actividades tuvieron como propósito principal verificar que los expedientes contractuales contaran con la documentación requerida para su cierre y archivo definitivo, asegurando la correcta finalización de las obligaciones contractuales y la trazabilidad de los procesos.<br>Durante este periodo, se priorizaron las siguientes acciones:<br>Revisión y consolidación de actas de terminación y liquidación, junto con los informes de supervisión y soportes de cumplimiento emitidos por las dependencias responsables.<br>Seguimiento a los contratos finalizados en el segundo trimestre, verificando que se cumplieran los plazos de liquidación establecidos por la ley y por la matriz de contratación.<br>Organización de los expedientes físicos y digitales, en articulación con el área de archivo, garantizando su adecuada custodia conforme a las tablas de retención documental y a la implementación del archivo digital institucional. |
| 120 | 2 | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de 2025, el área de contratación realizó la verificación y revisión de los documentos aportados por los contratistas como parte del proceso de legalización y seguimiento contractual.<br>Esta actividad se enfocó en garantizar el cumplimiento de los requisitos legales, financieros y técnicos exigidos, tales como pólizas, certificaciones, antecedentes y soportes administrativos, asegurando la validez y coherencia de la documentación presentada.<br>El proceso permitió mantener un control riguroso y preventivo, reduciendo errores en la etapa de legalización y fortaleciendo la transparencia y trazabilidad de la gestión contractual. |
| 120 | 3 | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de la vigencia 2025, el área de contratación de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá adelantó la revisión de los expedientes contractuales correspondientes a los contratos suscritos en periodos anteriores y a las nuevas legalizaciones efectuadas en el mes de julio.<br>El proceso de revisión tuvo como propósito verificar la integridad, consistencia y cumplimiento de los requisitos legales y técnicos exigidos en cada expediente, garantizando que la documentación contractual se encontrara debidamente soportada y organizada conforme a los lineamientos institucionales y normativos vigentes.<br>Durante este trimestre, la revisión de expedientes se concentró principalmente en tres aspectos:<br>Contratos legalizados en el mes de julio, periodo en el que se presentó el mayor volumen de minutas del año, con el fin de asegurar que los soportes (pólizas, actas, certificados y antecedentes) estuvieran completos y correctamente incorporados.<br>Verificación de ajustes y adiciones contractuales, realizados durante los meses de agosto y septiembre, para garantizar la trazabilidad documental y la coherencia entre los instrumentos jurídicos y financieros.<br>Actualización y organización de archivos físicos y digitales, en coordinación con el área de archivo institucional, en el marco del proceso de implementación del archivo digital. |
| 120 | 4 | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de la vigencia 2025, el área de contratación de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá desarrolló actividades orientadas a la revisión y cierre de expedientes en la etapa poscontractual, con el objetivo de garantizar el cumplimiento de los procedimientos establecidos para la terminación y liquidación de los contratos.<br>El proceso de revisión poscontractual se centró en verificar que cada expediente contara con los documentos finales requeridos, tales como actas de terminación, actas de liquidación, informes de supervisión, certificados de cumplimiento y demás soportes exigidos según la naturaleza de cada contrato.<br>Durante este periodo, las labores se enfocaron principalmente en:<br>Revisión de contratos finalizados en el primer semestre, verificando la incorporación de los documentos de cierre y el cumplimiento de las obligaciones contractuales y financieras.<br>Seguimiento a los contratos próximos a liquidar, con el fin de evitar retrasos en los plazos legales establecidos y garantizar la trazabilidad del proceso.<br>Organización y consolidación de expedientes físicos y digitales, asegurando que los archivos poscontractuales cumplan con las directrices establecidas por el área de archivo institucional y la normativa vigente sobre gestión documental. |
| 121 | 1 | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de 2025, el área de contratación continuó con el seguimiento permanente al cargue oportuno y completo de la información contractual en la plataforma SIA Observa, conforme a los lineamientos de la Resolución 0045 de 2021 y las directrices de la Contraloría de Cundinamarca.<br>Se mantuvo el control y verificación mensual del reporte de contratos, adiciones y actas, asegurando la coherencia, trazabilidad y transparencia en la rendición de la información contractual ante los entes de control. |
| 122 | 1 | 30/09/2025 | Durante el periodo se realiza recepción y registro de las glosas y devoluciones recibidas en DINAMICA GERENCIAL, las cuales son previamente verificadas para iniciar el proceso de respuestas.<br>Las cuales se encuentra reportadas a las diferentes áreas de la ESE junto con los demás informes mensuales. |
| 122 | 2 | 30/09/2025 | Durante el periodo se realizan cruces conjuntos con el área de cartera sobre la información remitida por las diferentes entidades, esto con el animo de identificar no conformidades e iniciar el proceso de subsanación. |
| 123 | 1 | 30/09/2025 | Durante el periodo se realizan cruces conjuntos con el área de cartera sobre la información remitida por las diferentes entidades, esto con el animo de identificar no conformidades e iniciar el proceso de subsanación. |
| 123 | 2 | 30/09/2025 | Durante el periodo se realizan cruces conjuntos con el área de cartera sobre la información recibida de parte de las entidades con el propósito de iniciar el proceso de verificación análisis sustentación e identificar saldos o facturas objetadas que por diferentes motivos se encuentren pendientes. Vigencia julio a septiembre 2025 |
| 123 | 3 | 30/09/2025 | Durante el periodo se realiza cruce de información y verificación de respuestas emitidas sobre las respuestas a objeciones lo que redunda en la radicación de los informes del área a la subgerencia administrativa, contabilidad, presupuesto y cartera. |
| 123 | 4 | 30/09/2025 | El equipo de glosas durante el trimestre realizo conjuntamente con al área de contabilidad actualización de las cuentas contables de glosa, cuentas que se afectan al momento de ingresar la glosa inicial, la glosa respondida y el cargue de las respectivas notas de la glosa aceptada.<br>Con ayuda del área de Sistemas se realiza el proceso de cargue masivo y se ajusta el proceso registro de glosas. |

## 4 TRIMESTRE

SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025

| REFERENCIA | No CONTROL | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|
| 119 | 1 | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre de 2025, se realizó un seguimiento continuo a la entrega y revisión de los estudios previos presentados en los Comités de Gerencia y de Compras, garantizando la evaluación oportuna de los requerimientos contractuales de las diferentes dependencias de la E.S.E., especialmente en el marco del cierre de la vigencia.<br>Este acompañamiento permitió fortalecer la planeación y la trazabilidad de los procesos contractuales, asegurando la validación técnica, jurídica y financiera de los estudios previos antes de su aprobación y publicación, y contribuyendo a una gestión contractual eficiente, ordenada y alineada con las necesidades institucionales. |
| 120 | 1 | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025, el área de contratación de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá adelantó la revisión de los expedientes en la etapa poscontractual, con el propósito de garantizar el cumplimiento de los lineamientos establecidos en la normatividad vigente y en los procedimientos internos de la entidad, especialmente en el marco del cierre de la vigencia fiscal.<br>Estas actividades tuvieron como objetivo principal verificar que los expedientes contractuales contaran con la totalidad de la documentación requerida para su cierre y archivo definitivo, asegurando la correcta finalización de las obligaciones contractuales y la adecuada trazabilidad de los procesos.<br>Durante este período, se priorizaron las siguientes acciones: la revisión y consolidación de actas de terminación y liquidación, informes de supervisión y soportes de cumplimiento emitidos por las dependencias responsables; el seguimiento a los contratos finalizados durante el tercer y cuarto trimestre, verificando el cumplimiento de los plazos legales y administrativos establecidos para su liquidación; y la organización de los expedientes físicos y digitales, en articulación con el área de archivo institucional, garantizando su custodia conforme a las tablas de retención documental y al proceso de implementación del archivo digital.<br>El desarrollo de la revisión poscontractual durante el cuarto trimestre permitió fortalecer el control interno y la transparencia administrativa, minimizar riesgos asociados a omisiones o inconsistencias documentales y asegurar una gestión ordenada y eficiente del cierre contractual. En |
| 120 | 2 | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre de 2025, el área de contratación realizó la verificación y revisión de los documentos aportados por los contratistas, como parte del proceso de legalización, seguimiento y cierre contractual.<br>Esta actividad se orientó a garantizar el cumplimiento de los requisitos legales, financieros y técnicos exigidos, tales como pólizas, certificaciones, antecedentes y demás soportes administrativos, asegurando la validez, coherencia y suficiencia de la documentación presentada, especialmente en el marco del cierre de la vigencia.<br>El desarrollo de este proceso permitió mantener un control riguroso y preventivo sobre la documentación contractual, minimizar riesgos asociados a inconsistencias o faltantes y fortalecer la transparencia, la trazabilidad y la adecuada gestión de los procesos contractuales de la entidad. |
| 120 | 3 | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025, el área de contratación de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá adelantó la revisión de los expedientes contractuales correspondientes tanto a los contratos suscritos en periodos anteriores como a las nuevas legalizaciones efectuadas durante los meses de octubre, noviembre y diciembre.<br>El proceso de revisión tuvo como finalidad verificar la integridad, consistencia y cumplimiento de los requisitos legales, técnicos y administrativos exigidos en cada expediente, garantizando que la documentación contractual se encontrara debidamente soportada, organizada y alineada con los lineamientos institucionales y la normatividad vigente.<br>Durante este trimestre, la revisión de expedientes se concentró principalmente en los siguientes aspectos: (i) contratos legalizados en el último trimestre del año, con el fin de asegurar que los soportes contractuales —pólizas, actas, certificaciones y antecedentes— estuvieran completos y correctamente incorporados; (ii) verificación de ajustes, adiciones y prórrogas contractuales tramitadas durante el período, garantizando la trazabilidad documental y la coherencia jurídica y financiera de los actos; y (iii) fortalecimiento de la organización de los archivos físicos y digitales, en articulación con el área de archivo institucional, como parte del proceso de consolidación del archivo digital.<br>El resultado de esta labor permitió fortalecer el control documental, minimizar riesgos asociados a inconsistencias o faltantes en los |
| 120 | 4 | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025, el área de contratación de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá desarrolló actividades orientadas a la revisión, consolidación y cierre de expedientes en la etapa poscontractual, con el propósito de garantizar el cumplimiento de los procedimientos establecidos para la terminación y liquidación de los contratos al cierre de la vigencia fiscal.<br>El proceso de revisión poscontractual se enfocó en verificar que cada expediente contara con la totalidad de los documentos finales requeridos, tales como actas de terminación, actas de liquidación, informes de supervisión, certificados de cumplimiento y demás soportes exigidos de acuerdo con la naturaleza de cada contrato.<br>Durante este período, las labores se concentraron principalmente en: (i) la revisión de contratos finalizados durante el segundo y tercer trimestre, asegurando la incorporación completa de los documentos de cierre y el cumplimiento de las obligaciones contractuales y financieras; (ii) el seguimiento a los contratos que culminaban su ejecución en el último trimestre del año, con el fin de evitar retrasos en los plazos legales y administrativos establecidos; y (iii) la organización y consolidación de expedientes físicos y digitales, en articulación con el área de archivo institucional, garantizando el cumplimiento de la normativa vigente en materia de gestión documental.<br>El desarrollo de estas actividades permitió fortalecer el control y la trazabilidad de la información contractual, optimizar los tiempos de cierre y liquidación de los contratos y contribuir al cumplimiento de los principios |
| 121 | 1 | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre de 2025, el área de contratación continuó con el seguimiento permanente al cargue oportuno y completo de la información contractual en la plataforma SIA Observa, en cumplimiento de los lineamientos establecidos en la Resolución 0045 de 2021 y las directrices impartidas por la Contraloría de Cundinamarca.<br>Se mantuvo el control y la verificación mensual del reporte de contratos, adiciones, actas y demás documentos requeridos, garantizando la coherencia, trazabilidad y transparencia en la rendición de la información contractual ante los entes de control, especialmente en el contexto del cierre de la vigencia fiscal. |
| 122 | 1 | 30/12/2025 | Durante el periodo se realiza recepción y registro de las glosas y devoluciones recibidas en DINAMICA GERENCIAL, las cuales son previamente verificadas para iniciar el proceso de respuestas.<br>Las cuales se encuentra reportadas a las diferentes áreas de la ESE junto con los demás informes mensuales. |
| 122 | 2 | 30/12/2025 | Durante el periodo se realizan cruces conjuntos con el área de cartera sobre la información remitida por las diferentes entidades, esto con el animo de identificar no conformidades e iniciar el proceso de subsanación. |
| 123 | 1 | 30/12/2025 | Durante el periodo se realizan cruces conjuntos con el área de cartera sobre la información remitida por las diferentes entidades, esto con el animo de identificar no conformidades e iniciar el proceso de subsanación. |
| 123 | 2 | 30/12/2025 | Durante el periodo se realizan cruces conjuntos con el área de cartera sobre la información recibida de parte de las entidades con el propósito de iniciar el proceso de verificación análisis sustentación e identificar saldos o facturas objetadas que por diferentes motivos se encuentren pendientes. |
| 123 | 3 | 30/12/2025 | Durante el periodo se realiza cruce de información y verificación de respuestas emitidas sobre las respuestas a objeciones lo que redunda en la radicación de los informes del área a la subgerencia administrativa, contabilidad, presupuesto y cartera. |
| 123 | 4 | 30/12/2025 | El equipo de glosas durante el trimestre realizo capacitación por medio de un webinar de DINAMICA GERENCIAL sobre el proceso de cartera y recepción y tramite de glosa y/o devoluciones.<br>Con ayuda del área de Sistemas se realizan procesos de cargue masivos durante el trimestre. |

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

**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

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 124 | GESTIÓN FINANCIERA / AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS - GLOSAS | ECONOMICO | Ausencia de gestión de cartera jurídica | Políticas dilatorias de pago por parte de las aseguradoras<br>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 | 80% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 125 | GESTIÓN FINANCIERA / CARTERA | ECONOMICO | 1. Liquidación inesperada de entidades<br>2. Inoportunidad 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<br>Reducción de servicios y recursos<br>Dificultades para mantener infraestructura y equipamiento | RIESGO ACTUARIAL<br>RIESGO DE LIQUIDEZ | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 126 | GESTIÓN FINANCIERA / PRESUPUESTO | ECONOMICO | NO ESTABLECER EL PRESUPUESTO DENTRO DE LOS TÉRMINOS DE LEY Y 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<br>Suspensión de financiamiento o contratos | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | BAJA | 40% | MAYOR | 80% | ALTA |
| 127 | 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<br>Reducción en la calidad del servicio | RIESGO ACTUARIAL<br>RIESGO DE LIQUIDEZ | PROCESO | ALTA | 80% | MAYOR | 80% | ALTA |
| 128 | GESTIÓN FINANCIERA / COSTOS HOSPITALARIOS | ECONOMICO | Retrasos forzosos en las diferentes actividades, para la Obtención del Costo por Centros de Producción o el Costo Unitario.<br>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 | 100% | MENOR | 40% | ALTA |
| 129 | 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 | 60% | MODERADO | 60% | MODERADO |
| 130 | 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 | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 131 | GESTIÓN FINANCIERA / FACTURACIÓN | ECONOMICO | FALTA DE CONOCIMIENTO | FALTA DE CAPACITACIÓN | POSIBILIDAD DE AUMENTO EN LA GENERACIÓN DE GLOSAS DE LA INSTITUCIÓN | AUDITORÍAS O SANCIONES REGULATORIAS<br>IMPACTO FINANCIERO NEGATIVO | RIESGO DE CREDITO | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 132 | GESTIÓN FINANCIERA / TESORERÍA | ECONOMICO | Pago oportuno de las EPS | Radicación inoportuna de documentos | POSIBILIDAD DE PAGOS INOPORTUNOS DE LA ESE | FALLAS EN LA GESTIÓN DE PAGOS<br>IMPACTO ECONÓMICO SOBRE LA INSTITUCIÓN | RIESGO DE LIQUIDEZ | PROCESO | MEDIA | 60% | MODERADO | 60% | MODERADO |

**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 | No CONTROL | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | ATRIBUTOS: TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 124 | 1 | AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS - GLOSAS Y JURÍDICA DE LA ESE<br>QUIÉN: CONTRATISTAS DEL ÁREA DE CARTERA,<br>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.<br>MEDIO DE VERIFICACIÓN: PROCESOS DE CRUCES DE INFORMACIÓN ENTRE LA CARTERA ENVIADA POR LAS ASEGURADORAS CONTRA LAS RESPUESTAS EMITIDAS POR LA ESE | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | COMPARTIR |
| 125 | 1 | PROYECCIÓN DE OFICIO DE COBRO A EAPB'S SOLICITANDO EL PAGO TOTAL DE LA CARTERA<br>QUIEN: PROFESIONAL DE CARTERA<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: OFICIO RADICADO A EAPB Y OTRAS CON RECIBIDO<br>PARA QUE: PARA LA OBTENCIÓN DEL RECAUDO ESPERADO POR PARTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO Y OTRAS ENTIDADES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
|  | 2 | CONCILIACIONES CONTABLES A TRAVÉS DEL CRUCE DE INFORMACIÓN VALIDANDO EL ESTADO ACTUAL DE CADA UNA DE LAS FACTURAS ADEUDADAS POR LAS DISTINTAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO Y OTRAS ENTIDADES<br>QUIEN: APOYOS ADMINISTRATIVOS DE CARTERA<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: RESULTADOS DE CRUCES Y ACTAS DE CONCILIACIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO |  |  |
|  | 3 | SEGUIMIENTO AL RECAUDO EN LOS COMITÉS FINANCIERO Y DE GERENCIA CON EL FIN DE IDENTIFICAR SI LO RECAUDADO COINCIDE CON LO PROYECTADO Y SE ESTABLECEN ESTRATEGIAS PARA CONTINUIDAD DEL PROCESO DE RECAUDO<br>QUIEN: GERENCIA, SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA, PROCESO FINANCIERA<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACTA DE COMITÉ | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 25% | BAJA | 60% | MODERADO |  |  |
| 126 | 1 | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL<br>QUE: COORDINACIÓN CON SECRETARÍA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA - DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO FINANCIERO (DAF), Y SECRETARIA DE HACIENDA "CONFISCUN" PARA FINANCIAR PRESUPUESTALMENTE LA OPERACIÓN DE LA E.S. E<br>QUIEN: REFERENTE DE PRESUPUESTO<br>PERIODICIDAD: MENSUAL O CUANDO SE IDENTIFIQUE SALDOS INEFICIENTES DE APROPIACIÓN PRESUPUESTAL POR DESVIACIONES ECONOMICAS.<br>EVIDENCIA: VIABILIDAD DAF Y ACUERDOS PRESUPUESTALES<br>PARA QUE: PARA FINANCIAR PRESUPUESTALMENTE LA OPERACIÓN DE LA E.S. E Y CONTAR CON LA APROPIACIÓN DISPONIBLE.<br>DESVIACIÓN DEL CONTROL: LEGALIZACIÓN DE HECHOS CUMPLIDOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 24% | BAJA | 80% | MAYOR | ALTA | REDUCIR |
|  | 2 | PROYECCIÓN DE RECAUDOS DE ACUERDO A COMPORTAMIENTO<br>QUIEN: REFERENTE DE PRESUPUESTO<br>PERIODICIDAD: CADA VEZ QUE SE IDENTIFIQUE SALDOS INEFICIENTES DE APROPIACIÓN PRESUPUESTAL<br>EVIDENCIA: ACUERDO APROBADO POR JUNTA DIRECTIVA<br>PARA QUE: TENER SALDO DE APROPIACIÓN DISPONIBLE | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 14% | MUY BAJA | 80% | MAYOR |  |  |
| 127 | 1 | SEGUIMIENTO DEL COMPORTAMIENTO DE LOS INGRESOS TOTALES RECAUDADOS FRENTE A LOS GASTOS COMPROMETIDOS POR LA E.S.E<br>QUIEN: REFERENTE DE PRESUPUESTO<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: CUADROS DE EJECUCCIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 80% | MAYOR | ALTA | REDUCIR |
| 128 | 1 | DISTRIBUCIÓN DE COSTOS MEDIANTE LIBROS AUXILIARES ENTREGADOS POR LOS CENTROS PRODUCTORES DE INFORMACIÓN<br>QUIEN: REFENTE DE COSTOS<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: INFORME DE RENTABILIDAD OPERACIONAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 60% | MEDIA | 40% | MENOR | MODERADO | REDUCIR |
|  | 2 | SEGUIMIENTO DE COSTOS OPERACIONALES, GASTOS ADMINISTRATIVOS, VENTAS DE SERVICIOS Y UTILIDADES OPERACIONES<br>QUIEN: INTEGRANTES COMITÉ CIRCULAR 050 Y COMITÉ FINANCIERO<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: INFORME CIRCULAR 050 SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINARMCA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 36% | BAJA | 40% | MENOR |  |  |
| 129 | 1 | ANÁLISIS DE RENTABILIDAD OPERACIONAL POR CENTRO DE PRODUCCIÓN<br>QUIEN: REFERENTE DE COSTOS<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: INFORME DECRETO 2193 AL MINISTERIO DE SALUD | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
|  | 2 | SEGUIMIENTO A ANÁLISIS DE RENTABILIDAD OPERACIONAL<br>QUIEN: INTEGRANTES COMITÉ CIRCULAR 050 Y COMITÉ FINANCIERO<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: INFROME DE RENTABILIDAD | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 25% | BAJA | 60% | MODERADO |  |  |
| 130 | 1 | SEGUIMIENTO A LA RADICACION<br>QUIEN: PERSONAL DE FACTURACIÓN<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: INFORME DE RADICACIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 131 | 1 | CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE FACTURACIÓN<br>QUIEN: REFERENTE DE FACTURACIÓN<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL CON MEDICION DE ADHERENCIA<br>EVIDENCIA. ACTAS DE CAPACIATCIÓN Y TEST REALIZADO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 132 | 1 | REVISIÓN DE PAGOS GESTIONADOS POR EL ÁREA DE CARTERA DE ACUERDO A LA RELACIÓN DE LOS EXTRACTOS BANCARIOS<br>QUIEN: REFERENTE DE CARTERA Y TESORERÍA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: EXTRACTOS BANCARIOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
|  | 2 | EJECUCIÓN DE PAGOS DE ACUERDO A LA PROGRAMACIÓN DE TESORERÍA<br>QUIEN: PROFESIONAL DE TESORERÍA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: PLANOS CASH DEL BANCO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO |  |  |
|  | 2 | REVISION DE LOS SALDOS DE BANCOS<br>QUIEN: REFERENTE DE TESORERIA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: INFORME DE BANCOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 13% | MUY BAJA | 60% | MODERADO |  |  |

**PLAN DE ACCION:** se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia.

| REFERENCIA | No CONTROL | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD | 1 TRIMESTRE – SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025: FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | 2 TRIMESTRE – SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025: FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 124 | 1 | Realizar verificación a la cartera de las aseguradoras, incluyendo el cruce de cartera entre las áreas de Cartera y el área de Auditoría de cuentas médicas - glosas, incluida la verificación de saldos pendientes, revisión de la respuesta inicial a las glosas ratificadas, elaboración de notas contables, documentación y entrega de soportes al área jurídica. Para el debido proceso. | LÍDER DEL PROCESO DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS Y LÍDER PROCESO DE CARTERA | PERIODICIDAD MENSUAL | 30/03/2025 | Durante el periodo se realizan cruces conjuntos con el área de cartera de la ESE, sobre la información recibida de las diferentes entidades corte marzo 2025 | 30/06/2025 | Durante el periodo se realizan cruces conjuntos con el área de cartera de la ESE, sobre la información recibida de las diferentes entidades corte periodos abril a junio 2025 |
| 125 | 1 | Realizar proyección de oficio de cobro a EAPB's solicitando el pago total de la cartera | Profesional de cartera | Trimestral | 30/03/2025 | En el primer trimestre de la vigencia 2025, la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá adelantó gestiones de cobro mediante el envío de 51 oficios dirigidos a distintas EPS con obligaciones pendientes se envía CIRCULARIZCION REQUERIMEINTO COBRO DE CARTERA Como resultado de estas acciones, se logró la conciliación de saldos con 34 de dichas entidades. | 30/06/2025 | En el segundo trimestre de la vigencia 2025, la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá adelantó gestiones de cobro mediante el envío de 52 oficios dirigidos a distintas EPS con obligaciones pendientes se envía CIRCULARIZCION REQUERIMEINTO COBRO DE CARTERA Como resultado de estas acciones, se logró la conciliación de saldos con 26 de dichas entidades |
|  | 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 | Apoyos administrativos de cartera | Trimestral | 30/03/2025 | Durante el segundo trimestre se adjuntan los resultados de 34 cruces de cartera realizados con diferentes entidades, contenidos en archivos de Excel, en los cuales se detalla el estado de cada una de las facturas, con el fin de dar trámite a las mismas, teniendo en cuenta los estados de cuenta y los saldos actualizados del sistema, para garantizar acciones efectivas en la gestión de cartera | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre se adjuntan los resultados de 26 cruces de cartera realizados con diferentes entidades, contenidos en archivos de Excel, en los cuales se detalla el estado de cada una de las facturas, con el fin de dar trámite a las mismas, teniendo en cuenta los estados de cuenta y los saldos actualizados del sistema, para garantizar acciones efectivas en la gestión de cartera |
|  | 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 | Gerencia, subgerencia administrativa, proceso financiera | Trimestral | 30/03/2025 | ASISTENCIA COMITE FINANCIERO 27 FEBRERO DE 2025 | 30/06/2025 | ASISTENCIA COMITE FINANCIERO 14 MAYO DE 2025 |
| 126 | 1 | CUMPLIR CRONOGRAMA DE SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA PARA LA PRESENTACIÓN Y ENTREGA DEL PRESUPUESTO | REFERENTE DE PRESUPUESTO | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | Al corte del primer trimestre se han realizados tramites ante la Secretaria de Salud de Cundinamarca para la modificación al presupuesto de ingresos y gastos correspondientes a la adición de recursos de Equipos Basicos de Salud Resolución 1220-2024, del Ministerio de Salud y Protección social, recursos que fueron aprobados por el CONFISCUN para su ejecución mediante proyecto de acuerdo No.03 de 2025 de fecha (05 de Marzo 2025) | 30/06/2025 | Al corte del segundo trimestre se han realizados tramites ante la Secretaria de Salud de Cundinamarca para la modificación al presupuesto de ingresos y gastos correspondientes a: Cierre presupuestal efectuado mediante acuerdos No.09 y 10; Adición de recursos de PIC M/Pal y D/Ptal efectuado mediante acuerdo No.11; Adición de recursos EBS REsol.1976-2024, y Recurso PIC D/pto y PIC M/Pal efectuado mediante acuerdo No.16. |
|  | 2 | REALIZAR PROYECCIÓN DE RECAUDOS DE ACUERDO A COMPORTAMIENTO | REFERENTE DE PRESUPUESTO | CADA VEZ QUE SE IDENTIFIQUE SALDOS INEFICIENTES DE APROPIACIÓN PRESUPUESTAL | 30/03/2025 | A la fecha de rendición del primer trimestre 2025, no se ha realizado ningun ajuste de proyección de recaudos ni por recocimiento de ventas de servicios de salud, teniendo en cuenta que el valor aforado inicialmetne se encuentra hasta ahora en proceso de ejecución del primer trimestre. | 30/06/2025 | A la fecha de rendición del segundo trimestre 2025, no se ha realizado ningún ajuste de proyección de recaudos ni por reconocimiento de ventas de servicios de salud, teniendo en cuenta que el valor aforado inicialmente se encuentra hasta ahora en proceso de ejecución del primer trimestre., Sin embargo, se informa que la ESE solicitó al corte del mes de Junio/2025, apoyo financiero a la Secretaria de Salud de Cundinamarca por la suma total de $6.000.000.000 M/Cte., con el fin de financiar los gastos de operación. |
| 127 | 1 | SEGUIMIENTO DEL COMPORTAMIENTO DE LOS INGRESOS TOTALES RECAUDADOS FRENTE A LOS GASTOS COMPROMETIDOS POR LA E.S.E | REFERENTE DE PRESUPUESTO | MENSUAL | 30/03/2025 | Al corte del primer trimestre vigencia 2025, el valor reconocido por venta de servicios de salud fue de $34.033.782.876 m/cte., con un promedio de venta de $11.344.594.292 m/cte., la cual obtuvo un recaudo de $3.882.515.579 m/cte., es decir un 11% cumplimiento en recuperación, con un recaudo corriente promedio mes estimado de $1.294.171.860 m/cte., de cartera menor a 2 años se ha recuperado un total de $22.278.726.773 M/Cte. a comparación del año vigencia 2024 se ha aumentado en un 6%; y cartera mayor a dos años para factibilidad de adicionar al presupuesto en la suma de $60.044.559 M/Cte., y el gasto operacional mes al corte de marzo vigencia 2024 estaba en $9.543 Millones, mientras que en la vigencia 2025 se encuentra en la suma de $8.490 Millones, una disminución del -11%; a continuación se detalla la conformación en cifra de millones del presupuesto definitivo de la ESE, para la vigencia 2025 el 49% corresponde a recursos de Gastos de funcionamiento y Gastos de Operación Comercial, mientras que el 51% coriento a los contratos que culminaban su ejecución en el último trimestre del año, con el fin de evitar retrasos en los plazos legales y administrativos establecidos; y (iii) la organización y consolidación de expedientes físicos y digitales, en articulación con el área de archivo institucional, garantizando el cumplimiento de la normativa vigente en materia de gestión documental.<br>El desarrollo de estas actividades permitió fortalecer el control y la trazabilidad de la información contractual, optimizar los tiempos de cierre y liquidación de los contratos y contribuir al cumplimiento de los principios de transparencia, responsabilidad y eficiencia administrativa. En conclusión, durante el cuarto trimestre el área de contratación mantuvo | 30/06/2025 | Al corte del segundo trimestre de la vigencia 2025, el valor reconocido por venta de servicios de salud fue de $72.398.825.528 M/cte., con un promedio de venta de $12.066.470.921 M/cte., respecto al periodo anterior de la vigencia 2024, estas ventas han incrementado en un 13%, mientras que el recaudo obtuvo un valor recuperado corriente de $23.758.622.394 M/cte., es decir un 33% en cumplimiento de recuperación, con un recaudo corriente promedio mes estimado de $3.959.770.399 M/cte., respecto a la cartera menor a 2 años se ha recuperado un total de $32.797.943.979 M/Cte., esto significa que la ESE ya logró el cumplimiento del mínimo del 90% de las cuentas por cobrar programadas, lo anterior para poder adicionar cartera mayor a dos años, es preciso informar que a comparación del año vigencia 2024 del mismo periodo se ha aumentado en un 41%; la cartera mayor a dos años para factibilidad de adicionar al presupuesto de ingresos y gastos es por valor de $514.153.003 M/Cte., mientras que el gasto operacional sin tener en cuenta recursos de inversión y Cuentas por pagar solo operación corriente a junio 2025 se tienen un promedio total en la suma de $9.518.251.975 M/Cte., mientras que en la vigencia 2024 del mismo periodo estaba en la suma de $9.329.492.288 M/Cte., es decir, aumento solo un 2% el gasto.<br>A continuación, se detalla el porcentaje de ejecución del presupuesto de ingresos y gastos definitivo de la ESE, para la vigencia 2025 al corte de Junio, en donde el presupuesto de ingresos se tienen en la Disponibilidad inicial de recursos propios el 1%, mientras que el 99% corresponde a ingresos corrientes y el 0,01% corresponden a recursos de capital, así mismo se realiza el porcentaje de ejecución en el presupuesto de gastos sin tener en cuenta recursos de inversión y Cuentas por pagar, en donde el 12% corresponde a recursos de Gastos de funcionamiento y el 88% a |
| 128 | 1 | DISTRIBUCIÓN DE COSTOS MEDIANTE LIBROS AUXILIARES ENTREGADOS POR LOS CENTROS | REFERENTE DE COSTOS | MENSUAL | 30/03/2025 | SE REALIZA DISTRIBUCION DE GASTOS Y COSTOS OPERACIONALES POR UNIDADES FUNCIONALES Y CENTROS DE PRODUCCION PARA LOS MESES DE ENERO Y FEBRERO DEL 2025, EL MES DE MARZO SE REALIZAR AL CIERRE DE LOS DEMAS PRODUCTORES DE INFORMACION. | 30/06/2025 | SE REALIZA DISTRIBUCION DE GASTOS Y COSTOS OPERACIONALES POR UNIDADES FUNCIONALES Y CENTROS DE PRODUCCION PARA LOS MESES DE ABRIL, MAYO Y JUNIO DEL 2025, |
|  | 2 | SEGUIMIENTO DE COSTOS OPERACIONALES, GASTOS ADMINISTRATIVOS, VENTAS DE SERVICIOS Y UTILIDADES OPERACIONES | INTEGRANTES COMITÉ CIRCULAR 050 Y COMITÉ FINANCIERO | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | SE REALIZA SEGUIMIENTO DE GASTOS Y COSTOS OPERACIONALES DE LOS CENTROS DE PRODUCCION CON LOS LIDERES DE LOS SERVICIOS Y UNIDADES FUNCIONALES. | 30/06/2025 | SE REALIZA SEGUIMIENTO DE GASTOS Y COSTOS OPERACIONALES DE LOS CENTROS DE PRODUCCION CON LOS LIDERES DE LOS SERVICIOS Y UNIDADES FUNCIONALES. |
| 129 | 1 | ANÁLISIS DE RENTABILIDAD OPERACIONAL POR CENTRO DE PRODUCCIÓN | REFERENTE DE COSTOS | MENSUAL | 30/03/2025 | SE REALIZA ANALISIS DE RENTABILIDAD OPERACIONAL DE UNIDADES FUNCIONALES Y CENTROS DE PRODUCCION,SE PRESENTA INFORME DE SOSTENIBILIDAD DE LOS MESES ENERO Y FEBRERO DEL 2025 | 30/06/2025 | Se realiza distribución de gasto y costos operacionales del segundo trimestre del 2025, por unidades funcionales y centros de producción de la ese, se presenta informe de rentabilidad a comite financiero. |
|  | 2 | SEGUIMIENTO A ANÁLISIS DE RENTABILIDAD OPERACIONAL | INTEGRANTES COMITÉ CIRCULAR 050 Y COMITÉ FINANCIERO | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | SE REALIZA SEGUIMIENTO DE RENTABILIDAD OPERACIONAL EN COMITES DE GERENCIA Y COMITE DE SISTEMAS DE INFORMACION. | 30/06/2025 | SE REALIZA SEGUIMIENTO DE RENTABILIDAD OPERACIONAL EN COMITES DE GERENCIA Y COMITE DE SISTEMAS DE INFORMACION. |
| 130 | 1 | SEGUIMIENTO A LA RADICACION | REFERENTE DE FACTURACIÓN | MENSUAL | 30/03/2025 | De acuerdo a la información del primer trimestre del año 2025, se demuestra que el promedio de la radicación en los meses de enero, febrero y marzo bajo a un 93.58 %, y es decreciente si lo comparamos con el promedio del primer trimestre de la vigencia 2024 que estaba en un 99.43%.<br>Dando una desviación de 5.85 puntos porcentuales comparado entre las vigencias.<br>Este decline de la radiación se debe a que en el mes de marzo de 2025 se incrementaron a las barreras de radicación implementadas por las empresas responsable de pago y que surgieron con la implementación de la resolución 2335 del 2023 y resolución 2284 del 2023, ya que dichas empresas actualizaron sus plataformas, dificultad conocida ampliamente en el país, tanto así que el ministerio de salud y protección social expidió el 03 de marzo del presente, la circular conjunta número 007 del 2025, dirigida principalmente a las empresas responsables del pago de servicios de salud y en la cual el asunto es el "cumplimiento con la normatividad legal y prohibición de medidas no normadas, imposición de barreras y solicitudes no permitidas a los prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud, operadores logísticos y gestores farmacéuticos, así como los plazos de pago establecidos en la ley 1122 de 2007 y 1438 de 2011".<br>De igual manera surgieron dificultades a partir del 14 de marzo en cuanto a errores en los Rips (Json), ya que estos no viajaban al ministerio de salud y protección salud, quedando en estado invalido y rechazado, generando | 30/06/2025 | De acuerdo a la información del segundo trimestre del año 2025, se demuestra que el promedio de la radicación en los meses de abril, mayo y junio bajo a un 96.84 %, y es decreciente si lo comparamos con el promedio del segundo trimestre de la vigencia 2024 que estaba en un 99.43%.<br>Dando una desviación de 2.59 puntos porcentuales comparado entre las vigencias.<br>Este decline de la radiación se debe a que en el mes de marzo de 2025 se incrementaron a las barreras de radicación implementadas por las empresas responsable de pago y que surgieron con la implementación de la resolución 2335 del 2023 y resolución 2284 del 2023, ya que dichas empresas actualizaron sus plataformas, dificultad conocida ampliamente en el país, tanto así que el ministerio de salud y protección social expidió el 03 de marzo del presente, la circular conjunta número 007 del 2025, dirigida principalmente a las empresas responsables del pago de servicios de salud y en la cual el asunto es el "cumplimiento con la normatividad legal y prohibición de medidas no normadas, imposición de barreras y solicitudes no permitidas a los prestadores de servicios de salud, proveedores de tecnologías en salud, operadores logísticos y gestores farmacéuticos, así como los plazos de pago establecidos en la ley 1122 de 2007 y 1438 de 2011".<br>De igual manera se vinieron realizando actualizaciones mensuales en el sistema de dinámica gerencial, que ocasionaron fallas en la radicación de las cuentas generando errores en los Rips (Json), ya que estos no viajaban |
| 131 | 1 | CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE FACTURACIÓN | REFERENTE DE FACTURACIÓN | SEMESTRAL | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/06/2025 | Se realizan capacitaciones a los contratistas del subproceso de cuentas medicas facturacion en cuanto: comunicación asertiva Socialización de actualización de datos sociodemográficos desde el ingreso del usuario, Matriz de riegos, Barreras de acceso, Indicadores del subproceso de facturación, Procedimientos del subproceso de facturación, cartilla de facturación, contratos vigente con las ERP, Manual tarifas con las ERP, verificación niveles de apropiación subproceso de Facturación donde se logra un porcentaje optimo del 96,45% de apropiación |
| 132 | 1 | REVISIÓN DE PAGOS GESTIONADOS POR EL ÁREA DE CARTERA DE ACUERDO A LA RELACIÓN DE LOS EXTRACTOS BANCARIOS | REFERENTE DE CARTERA Y TESORERÍA | MENSUAL | 30/03/2025 | Se realizan las conciliaciones con cartera mensual, del recaudo de las eps | 30/06/2025 | Se realizan las conciliaciones con cartera mensual, del recaudo de las eps |
|  | 2 | EJECUCIÓN DE PAGOS DE ACUERDO A LA PROGRAMACIÓN DE TESORERÍA | PROFESIONAL DE TESORERÍA | MENSUAL | 30/03/2025 | Se realizan los pagos de acuerdo a la programación y autorización del ordenador del pago | 30/06/2025 | Se realizan los pagos de acuerdo a la programación y autorización del ordenador del pago |
|  | 2 | REVISION DE LOS SALDOS DE BANCOS | PROFESIONAL DE TESORERÍA | MENSUAL | 30/03/2025 | Se realizan revisión de los saldos de bancos, para programación de giro. | 30/06/2025 | Se realizan revisión de los saldos de bancos, para programación de giro. |

| REFERENCIA | No CONTROL | 3 TRIMESTRE – SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025: FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | 4 TRIMESTRE – SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025: FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|
| 124 | 1 | 30/09/2025 | Durante el periodo se realizan cruces conjuntos con el área de cartera de la ESE, sobre la información recibida de las diferentes entidades corte periodos julio a septiembre 2025 | 30/12/2025 | Durante el periodo se realizan cruces conjuntos con el área de cartera de la ESE, sobre la información recibida de las diferentes entidades corte periodos octubre a diciembre 2025 |
| 125 | 1 | 30/09/2025 | En el tercer trimestre de la vigencia 2025, la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá adelantó gestiones de cobro mediante el envío de 54 oficios dirigidos a distintas EPS con obligaciones pendientes se envía CIRCULARIZCION REQUERIMEINTO COBRO DE CARTERA con fecha 13 de agosto de 2025. INFORME DE GESTIÓN DE CARTERA<br>E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá<br>Corte al 30 de septiembre de 2025<br>ANÁLISIS COMPARATIVO DE RECAUDO SEPTIEMBRE 2024 VS SEPTIEMBRE 2025<br>La E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá gestiona su cartera conforme a lo establecido en el Manual de Cartera, aprobado mediante la Resolución No. 046 del 4 de febrero de 2022.<br>Durante la vigencia 2025, con corte al 30 de septiembre, se ha logrado un recaudo total de $85.426.809.517., lo que representa un promedio mensual de $ 9.491.867.724.<br>Detalle de Recaudos por Vigencia:<br>RECAUDO<br>CONCEPTO META 2025 %<br>VIGENCIA ACTUAL 107.990.080.980 50.636.903.051 46,89<br>VIGENCIA 2024 32.800.147.000 33.705.868.958 104,44<br>VIGENCIA 2023 552.018.043<br>VIGENCIA 2022 Y ANT 532.019.465<br>TOTAL 140.790.227.980 85.426.809.517<br>Durante la vigencia 2025, los giros directos efectuados por las diferentes Entidades Promotoras de Salud (EPS) alcanzaron un total de $37.903 | 30/12/2025 | En el cuarto trimestre de la vigencia 2025, la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá adelantó gestiones de cobro mediante el envío de 53 oficios dirigidos a distintas EPS con obligaciones pendientes se envía CIRCULARIZCION REQUERIMEINTO COBRO DE CARTERA con fecha 04 de noviembre de 2025. INFORME DE GESTIÓN DE CARTERA<br>E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá<br>Corte al 30 de septiembre de 2025<br>ANÁLISIS COMPARATIVO DE RECAUDO SEPTIEMBRE 2024 VS SEPTIEMBRE 2025<br>La E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá gestiona su cartera conforme a lo establecido en el Manual de Cartera, aprobado mediante la Resolución No. 046 del 4 de febrero de 2022.<br>Durante la vigencia 2025, con corte al 30 de septiembre, se ha logrado un recaudo total de $85.426.809.517., lo que representa un promedio mensual de $ 9.491.867.724.<br>Detalle de Recaudos por Vigencia:<br>RECAUDO<br>CONCEPTO META 2025 %<br>VIGENCIA ACTUAL 107.990.080.980 50.636.903.051 46,89<br>VIGENCIA 2024 32.800.147.000 33.705.868.958 104,44<br>VIGENCIA 2023 552.018.043<br>VIGENCIA 2022 Y ANT 532.019.465<br>TOTAL 140.790.227.980 85.426.809.517<br>Durante la vigencia 2025, los giros directos efectuados por las diferentes Entidades Promotoras de Salud (EPS) alcanzaron un total de $37.903 |
|  | 2 | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre se adjuntan los resultados de 30 cruces de cartera realizados con diferentes entidades, contenidos en archivos de Excel, en los cuales se detalla el estado de cada una de las facturas, con el fin de dar trámite a las mismas, teniendo en cuenta los estados de cuenta y los saldos actualizados del sistema, para garantizar acciones efectivas en la gestión de cartera | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre se adjuntan los resultados de 20 cruces de cartera realizados con diferentes entidades, contenidos en archivos de Excel, en los cuales se detalla el estado de cada una de las facturas, con el fin de dar trámite a las mismas, teniendo en cuenta los estados de cuenta y los saldos actualizados del sistema, para garantizar acciones efectivas en la gestión de cartera |
|  | 3 | 30/09/2025 | Se adjunta acta de comité financiero realizado el día 20/08/2025 aun sin firmas, se firma el día 30 de octubre fecha programada para el próximo comité siempre y cuando no sea modificada . | 30/12/2025 | Se adjunta acta de comité financiero realizado el día 25/12/2025 aun sin firmas, aun en esperas de firmas |
| 126 | 1 | 30/09/2025 | Para la elaboración del reporte de la matriz de riesgos y la socialización de los controles asociados correspondientes al tercer trimestre, es necesario contar con el 100% de la información proveniente de las demás áreas financieras. Actualmente, nos encontramos en proceso de consolidación de la información suministrada por dichas áreas. Una vez se disponga de la totalidad de los datos requeridos, se procederá con el cumplimiento y la entrega del informe correspondiente al tercer trimestre. | 30/12/2025 | Al corte del tercer trimestre se han realizados tramites ante la Secretaria de Salud de Cundinamarca para la modificación al presupuesto de ingresos y gastos vigencia 2025 correspondientes a: Acuerdo No.20 de 2025_PIC Dptal-(Adic. IVC $21M.); Acuerdo No.23 de 2025 Traslado Funcionam. (Expensas) $129 M; Acuerdo No.27 de 2025 (TBC+SGP_2025+Adc. Med.Terr.); Acuerdo No.30 de 2025_PIC (Dptal+Mpal) (Adic. Concurr.+Adic. Tibacuy) |
|  | 2 | 30/09/2025 | Para la elaboración del reporte de la matriz de riesgos y la socialización de los controles asociados correspondientes al tercer trimestre, es necesario contar con el 100% de la información proveniente de las demás áreas financieras. Actualmente, nos encontramos en proceso de consolidación de la información suministrada por dichas áreas. Una vez se disponga de la totalidad de los datos requeridos, se procederá con el cumplimiento y la entrega del informe correspondiente al tercer trimestre. | 30/12/2025 | A la fecha de rendición del tercer trimestre 2025, no se ha realizado ningún ajuste de proyección de recaudos ni por reconocimiento de ventas de servicios de salud, teniendo en cuenta que el valor aforado inicialmente se encuentra hasta ahora en proceso de ejecución del primer trimestre., Sin embargo, se informa que la ESE solicitó al corte del mes de Junio/2025, apoyo financiero a la Secretaria de Salud de Cundinamarca por la suma total de $6.000.000.000 M/Cte., con el fin de financiar los gastos de operación. |
| 127 | 1 | 30/09/2025 | Para la elaboración del reporte de la matriz de riesgos y la socialización de los controles asociados correspondientes al tercer trimestre, es necesario contar con el 100% de la información proveniente de las demás áreas financieras. Actualmente, nos encontramos en proceso de consolidación de la información suministrada por dichas áreas. Una vez se disponga de la totalidad de los datos requeridos, se procederá con el cumplimiento y la entrega del informe correspondiente al tercer trimestre. | 30/12/2025 | Al corte del tercer trimestre de la vigencia 2025, el valor reconocido por venta de servicios de salud fue de $107.646.208.758 M/cte., con un promedio de venta de $11.960.689.862 M/cte., respecto al periodo anterior de la vigencia 2024, estas ventas han incrementado en un 10%, mientras que el recaudo obtuvo un valor recuperado corriente de $50.636.903.051 M/cte., es decir un 47% en cumplimiento de recuperación, con un recaudo corriente promedio mes estimado de $5.626.322.561 M/cte., respecto a la cartera menor a 2 años se ha recuperado un total de $34.257 Millones M/Cte., esto significa que la ESE ya logró el cumplimiento del mínimo del 90% de las cuentas por cobrar programadas, lo anterior para poder adicionar cartera mayor a dos años, es preciso informar que a comparación del año vigencia 2024 del mismo periodo se ha aumentado en un 25%; la cartera mayor a dos años para factibilidad de adicionar al presupuesto de ingresos y gastos es por valor de $532 Millones M/Cte., mientras que el gasto operacional sin tener en cuenta recursos de inversión y Cuentas por pagar solo operación corriente a Septiembre 2025 se tienen un promedio total en la suma de $9.915 millones M/Cte., mientras que en la vigencia 2024 del mismo periodo estaba en la suma de $9.412 M/Cte., es decir, aumento solo un 5,3% el gasto.<br>Se informa que al corte del tercer trimestre de la vigencia 2025 el indicador de equilibrio presupuestal presenta el siguiente comportamiento: el total recaudado asciende a $252.309.895.052 M/Cte., frente a compromisos por $283.129.134.259 M/Cte., lo que corresponde a un nivel de cumplimiento del 0,89. Cabe señalar que, a la fecha de corte (septiembre de 2025), aún existen compromisos con |
| 128 | 1 | 30/09/2025 | SE REALIZA DISTRIBUCION DE GASTOS Y COSTOS OPERACIONALES POR UNIDADES FUNCIONALES Y CENTROS DE PRODUCCION PARA LOS MESES DE JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE DEL 2025, | 30/12/2025 | SE REALIZA DISTRIBUCION DE GASTOS Y COSTOS OPERACIONALES POR UNIDADES FUNCIONALES Y CENTROS DE PRODUCCION PARA LOS MESES DE OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2025, |
|  | 2 | 30/09/2025 | SE REALIZA SEGUIMIENTO DE LOS GASTOS Y COSTOS OPERACIONALES CON LOS LIDERES DE SERVICIOS Y UNIDADES FUNCIONALES | 30/12/2025 | SE REALIZA SEGUIMIENTO DE LOS GASTOS Y COSTOS OPERACIONALES CON LOS LIDERES DE SERVICIOS Y UNIDADES FUNCIONALES |
| 129 | 1 | 30/09/2025 | Se realiza distribución de gasto y costos operacionales del tercer trimestre del 2025, por unidades funcionales y centros de producción de la ese, se presenta informe de rentabilidad a comite financiero. | 30/12/2025 | Se realiza distribución de gasto y costos operacionales del cuarto trimestre del 2025, por unidades funcionales y centros de producción de la ese, se presenta informe de rentabilidad a informe de gestión 2025. |
|  | 2 | 30/09/2025 | SE REALIZA SEGUIMIENTO DE RENTABILIDAD OPERACIONAL EN COMITES DE GERENCIA Y COMITE DE SISTEMAS DE INFORMACION. | 30/12/2025 | SE REALIZA SEGUIMIENTO DE RENTABILIDAD OPERACIONAL EN COMITES DE GERENCIA Y COMITE DE SISTEMAS DE INFORMACION. |
| 130 | 1 | 30/09/2025 | De acuerdo a la información del tercer trimestre del año 2025, se demuestra que el promedio de la radicación en los meses de julio, agosto y septiembre subió a un 97.96 %, y es creciente si lo comparamos con el promedio del tercer trimestre de la vigencia 2024 que estaba en un 94.65%.<br>Dando un incremento de 3.31 puntos porcentuales comparado entre las vigencias.<br>Este nivel de apropiación e incremento de la radiación se debe a que las plataformas generaron apertura 24/7, en la cual permite cargar diariamente las facturas de venta de servicios de salud a cada uno de los portales de las diferentes ERP.<br>Sin embargo, no se ha logrado el incremento de la radicación a un 100%, por la falta de entrega oportuna de las autorizaciones, por parte de las ERP FAMISANAR y COMPENSAR superando la cantidad de 150 facturas por falta de dichas autorizaciones.<br>Esta mejoría es atribuible, en gran parte al proceso de radicación mediante una estrategia de realizar a diario la radicación de cuentas a cada una de las EAPB, mejorado notablemente los índices de radicación y el flujo de caja apuntando a las estrategias financieras. | 30/12/2025 | De acuerdo a la información del cuarto trimestre del año 2025, se demuestra que el promedio de la radicación en los meses de octubre, noviembre y diciembre subio a un 95.65 %, y es creciente si lo comparamos con el promedio del cuarto trimestre de la vigencia 2024 que estaba en un 94.17%.<br>Dando un incremento de 1.48 puntos porcentuales comparado entre las vigencias.<br>Este nivel de apropiación e incremento de la radiación se debe a que las plataformas generaron apertura 24/7, en la cual permite cargar diariamente las facturas de venta de servicios de salud a cada uno de los portales de las diferentes ERP.<br>Sin embargo, no se ha logrado el incremento de la radicación a un 100%, por la falta de habilitación posterior al 20 de diciembre de las plataformas de las ERP NUEVA EPS, FOMAG Y SANITAS Superando la cantidad de 400 facturas por falta cargue de Rips, Facturas Y soportes en linea.<br>Esta mejoría es atribuible, en gran parte al proceso de radicación mediante una estrategia de realizar a diario la radicación de cuentas a cada una de las EAPB, mejorado notablemente los índices de radicación y el flujo de caja apuntando a las estrategias financieras. |
| 131 | 1 | 30/09/2025 | Se realizan capacitaciones a los contratistas del subproceso de cuentas medicas facturación en cuanto: comunicación asertiva Socialización de actualización de datos sociodemográficos desde el ingreso del usuario, Matriz de riegos, Barreras de acceso, Indicadores del subproceso de facturación, Procedimientos del subproceso de facturación, cartilla de facturación, contratos vigentes con las ERP, Manual tarifas con las ERP, Confidencialidad historia clínica.<br>De igual manera se realiza verificación niveles de apropiación subproceso de Facturación donde se logra un porcentaje optimo del 84,92% de apropiación sobre un 90%, teniendo una desviación de 5.08 puntos porcentuales. | 30/12/2025 | Se realizan capacitaciones a los contratistas del subproceso de cuentas medicas facturación en cuanto: comunicación asertiva Socialización de actualización de datos sociodemográficos desde el ingreso del usuario, Matriz de riegos, Barreras de acceso, Indicadores del subproceso de facturación, Procedimientos del subproceso de facturación, cartilla de facturación, contratos vigentes con las ERP, Manual tarifas con las ERP, Confidencialidad historia clínica, Socialización Glosas y Devoluciones, Decreto 056 de 2015, Decreto 2497 de 2022, Decreto 1652 de 2022, Metas de facturación y cierre de vigencia 2025, Verificación pacientes fugados y verificación de anulación de facturas.<br>De igual manera se realiza verificación niveles de apropiación subproceso de Facturación donde se logra un porcentaje optimo del 83.14 / 90 puntos%, teniendo una desviación de 6,86 puntos porcentuales. |
| 132 | 1 | 30/09/2025 | Se realizan las conciliaciones con cartera mensual, del recaudo de las eps | 30/12/2025 | Se realizan las conciliaciones con cartera mensual, del recaudo de las eps |
|  | 2 | 30/09/2025 | Se realizan los pagos de acuerdo a la programación y autorización del ordenador del pago | 30/12/2025 | Se realizan los pagos de acuerdo a la programación y autorización del ordenador del pago |
|  | 2 | 30/09/2025 | Se realizan revisión de los saldos de bancos, para programación de giro. | 30/12/2025 | Se realizan revisión de los saldos de bancos, para programación de giro. |

Hospital San Rafael de Fusagasugá
"Hospital humano, hospital comprometido"

| Codigo y Version |
|---|
| PL-FT-12 V03 |
| Pagina |

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

**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 lideres de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo. | | | | | | | | | | | | | | **PLAN DE ACCION:** se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia. | | | 1 TRIMESTRE | | 2 TRIMESTRE | | 3 TRIMESTRE | | 4 TRIMESTRE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | ATRIBUTOS | | | | | | | | | | | | | | | SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025 | |
| 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 | TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
| 133 | GESTIÓN FINANCIERA / CONTABILIDAD | ECONOMICO | SOPORTES CONTABLES SIN EL LLENO DE REQUISITOS POR PARTE DE LOS SUPERVISORES DE LOS CONTRATOS | REGISTRO ERRÓNEO DE LA INFORMACIÓN CONTABLE FINANCIERA | POSIBILIDAD DE GENERAR ESTADOS FINANCIEROS QUE NO CUMPLAN CON LOS PRINCIPIOS CONTABLES DE VERACIDAD EFICIENCIA Y EFICACIA | ERRORES EN LA CAUSACIÓN Y PAGO DE FACTURAS | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | VERIFICACIÓN POR MEDIO DE LAS ORDENES DE PAGOS Y COMPROBANTES DE INGRESO DE LA CAUSACIÓN DE CUENTAS POR PAGAR<br>QUIEN: APOYO PROFESIONAL DE CONTABILIDAD<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: NOTAS CONTABLES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | VERIFICACIÓN POR MEDIO DE LAS ORDENES DE PAGOS Y COMPROBANTES DE INGRESO | APOYO PROFESIONAL DE CONTABILIDAD | MENSUAL | 30/03/2025 | CUENTAS DE COBRO CAUSADAS DEL PRIMER TIRMESTRE DE LAS SUBGERENCIAS ADMINISTRATIVA, ASISTENCIAL Y COMUNITARIA | 30/06/2025 | CUENTAS DE COBRO CAUSADAS DEL PRIMER TIRMESTRE DE LAS SUBGERENCIAS ADMINISTRATIVA, ASISTENCIAL Y COMUNITARIA. | 30/09/2025 | Se relaciona las cuentas causadas durante el tercer trimestre | 30/12/2025 | SE PRESENTA LA CAUSACIÓN DE LAS DIFERENTES CUENTAS PRESENTADAS EN EL TRIMESTRE. |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | CONCILIACIONES A LAS DIFERENTES ÁREAS FINANCIERAS QUE ALIMENTAN CON INFORMACIÓN EL PROCESO CONTABLE SEGÚN LA RESOLUCIÓN 193 DE 2016 - CGN CONTROL INTERNO CONTABLE<br>QUIEN: APOYO PROFESIONAL DE CONTABILIDAD<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: ACTAS DE CONCILIACIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | | CONCILIACIONES A LAS DIFERENTES ÁREAS FINANCIERAS QUE ALIMENTAN CON INFORMACIÓN EL PROCESO CONTABLE SEGÚN LA RESOLUCIÓN 193 DE 2016 - CGN CONTROL INTERNO CONTABLE | APOYO PROFESIONAL DE CONTABILIDAD | MENSUAL | 30/03/2025 | CONCILIACIONES CON LAS DIFERENTES AREAS QUE ALIMENTAN CON LA INFORMACIÓN EL PROCESO CONTABLE HASTA EL MES DE FEBRERO. | 30/06/2025 | CONCILIACIONES CON LAS DIFERENTES AREAS QUE ALIMENTAN CON LA INFORMACIÓN EL PROCESO CONTABLE HASTA EL MES DE MAYO. | 30/09/2025 | CONCILIACIONES CON LAS DIFERENTES AREAS PARA LA ALIMENTACION EN EL PROCESO CONTABLE. | 30/12/2025 | SE REALIZA CONCILIACIONES CON LAS DIFERENTES ÁREAS QUE ALIMENTAN LA INFORMACIÓN AL SUBPROCESO DE CONTABILIDAD SEGÚN LO INDICA LA RESOLUCIÓN 193 DE 2016- CGN |
| | | | | | | | | | | | | | | 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<br>QUIEN: CONTADOR Y APOYO PROFESIONAL DE CONTABILIDAD<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: NOTAS CONTABLES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | | 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 | CONTADOR Y APOYO PROFESIONAL DE CONTABILIDAD | MENSUAL | 30/03/2025 | BALANCE A CORTE DE MARZO 2025, ES DE TENER EN CUENTA QUE FALTA REALIZAR EL RESPECTIVO CRUCE DE INFORMACION CON ALGUNAS AREAS PARA EL BALANCE FINAL DEL PRIMER TRIMESTRE. | 30/06/2025 | BALANCE A CORTE DE JUNIO 2025, ES DE TENER EN CUENTA QUE FALTA REALIZAR EL RESPECTIVO CRUCE DE INFORMACION CON ALGUNAS AREAS PARA EL BALANCE FINAL DEL SEGUNDO TRIMESTRE. | 30/09/2025 | BALANCE DE PRUEBA A CORTE SEPTIEMBRE, CABE RESALTAR QUE ES PRELIMINAR PUESTO QUE NO SE HA TERMINADO DE REALIZAR TODAS LAS CONCILIACIONES | 30/12/2025 | BALANCE DE PRUEBA PRELIMINAR A CORTE 31 DE DICIEMBRE DEL 2025 |
| | | | | | | | | | | | | | | 4 | CRUCE DE INFORMACIÓN FINANCIERA ENTRE LAS ÁREAS DE FACTURACIÓN CARTERA, AUDITORIA DE CUENTAS MERCADEO, PRESUPUESTO, COSTOS PARA EL ENVIÓ DE LOS REPORTES DE 2193 (SIHO) A LOS ENTES DE CONTROL:<br>QUIEN: REFERENTES DE LAS ÁREAS<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACTA DE CARGUE Y VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN CARGADA EN EL APLICATIVO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 13% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | | CRUCE DE INFORMACIÓN FINANCIERA ENTRE LAS ÁREAS DE FACTURACIÓN CARTERA, AUDITORIA DE CUENTAS MERCADEO, PRESUPUESTO, COSTOS PARA EL ENVIÓ DE LOS REPORTES DE 2193 (SIHO) A LOS ENTES DE CONTROL: | REFERENTES DE LAS ÁREAS | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | SE REALIZA CURCE DE INFORMACIÓN FINANCIERA CON LAS DIFERENTES ÁREAS DE 2193 | 30/06/2025 | SE REALIZA CURCE DE INFORMACIÓN FINANCIERA CON LAS DIFERENTES ÁREAS DE 2193 | 30/09/2025 | PENDIENTE CARGUE DE INFORMACION | 30/12/2025 | PENDIENTE CARGUE DE INFORMACION |
| 134 | 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 | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | VERIFICACIÓN DE ENTREGA OPORTUNA DE INFORMACIÓN EN LA PLATAFORMA DIAN (IFORMACIÓN EXOGENA, DECLARACIÓN DE RENTA Y RENDICIONES)<br>QUIEN: CONTADOR<br>EVIDENCIA: PANTALLAZOS DE ENTREGA A LA DIAN<br>PERIODICIDAD: MENSUAL Y ANUAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | VERIFICACIÓN DE ENTREGA OPORTUNA DE INFORMACIÓN EN LA PLATAFORMA DIAN (IFORMACIÓN EXOGENA, DECLARACIÓN DE RENTA Y RENDICIONES) | CONTADOR | MENSUAL Y ANUAL | 30/03/2025 | SE PRESENTA INFORMACION OPORTUNA ANTE LA DIAN<br>NOTA: INFORMACION EXOGENA SE TIENE PLAZO HASTA EL 20 DE MAYO PRA PRESENTARA ANTE EL ENTE DE CONTROL | 30/06/2025 | SE PRESENTA INFORMACIÓN OPORTUNA EN EL SEGUNDO TRIMESTRE ANTE LA DIAN | 30/09/2025 | SE PRESENTA INFORMACION OPORTRUNA EN EL TERCER TRIMESTRE ANTE LA DIAN | 30/12/2025 | SE PRESENTA INFORMACIÓN OPORTRUNA EN EL CUARTO TRIMESTRE ANTE LA DIAN |
| 135 | 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<br>AFECTACIÓN LEGAL | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | PROYECCIÓN DEL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES DE LA VIGENCIA<br>QUIEN: PROFESIONAL DE COMPRAS<br>PERIODICIDAD: ANUAL<br>EVIDENCIA: ACUERDO QUE CONTIENE EL PLAN EL CUAL ES APROBADO POR JUNTA DIRECTIVA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | PROYECCIÓN DEL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES DE LA VIGENCIA | PROFESIONAL DE COMPRAS | ANUAL | 30/03/2025 | Se adjunta ACUERDO No. 04-25, por medio del cual se Modifica el Plan Anual de Adquisiciones de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá, para la Vigencia Fiscal Comprometida entre el 1° de Enero y el 31 de diciembre del año 2025 | 30/06/2025 | Se adjunta ACUERDO No. 17-25, por medio del cual se Modifica el Plan Anual de Adquisiciones de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá, para la Vigencia Fiscal Comprometida entre el 1° de Enero y el 31 de diciembre del año 2025 | 30/09/2025 | Se adjunta ACUERDO No. 31-25, por medio del cual se Modifica el Plan Anual de Adquisiciones de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá, para la Vigencia Fiscal Comprometida entre el 1° de Enero y el 31 de diciembre del año 2025 | 30/12/2025 | Se adjunta ACUERDO No. 39-25, con fecha del día 29/10/2025; por medio del cual se Modifica el Plan Anual de Adquisiciones de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá, para la Vigencia Fiscal Comprometida entre el 1° de Enero y el 31 de diciembre del año 2025 |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | ESTUDIO DE MERCADO DE ACUERDO A NECESIDADES ALLEGADAS POR LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA ESE<br>QUIEN: PROFESIONAL DE COMPRAS<br>PERIODICIDAD: DIARIA<br>EVIDENCIA: GF-CS-FT-01 V01 FORMATO MATRIZ SEGUIMIENTO COMPRAS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | | ESTUDIO DE MERCADO DE ACUERDO A NECESIDADES ALLEGADAS POR LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA ESE | PROFESIONAL DE COMPRAS | DIARIA | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre de la vigencia 2025, se dio el tramite pertinente de 99 Estudios Previos de Necesidades allegados por diferentes Subgerencias, dando cumplimiento a la meta establecida de acuerdo a FORMATO SOLICITUD NECESIDAD DE BIEN Y/O SERVICIO allegadas al área y al diligenciamiento del FORMATO MATRIZ DE SEGUIMIENTO SUBPROCESO COMPRAS Y ADQUISICIONES, con un promedio de 8 días hábiles transcurridos entre la fecha de la solicitud del requerimiento de la compra hasta la fecha de la radicación de la carpeta pre-contractual para la adquisición del bien y/o servicio.<br>Igual se revisa el comportamiento de los años 2024 – 2025 y se puede evidenciar que en el primer trimestre del año 2024, se tuvo un promedio de 15 días hábiles y en año 2025 con 8 días hábiles, con una diferencia menor de 7 días hábiles en el año 2025; de un año al otro puede variar en menos o más días, es variable debido a trámites administrativos, como puede ser en la gestión de cotizaciones, documentos, revisión de estudios previos de necesidades, cdp y firmas. | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre de la vigencia 2025, se dio el tramite pertinente de 54 Estudios Previos de Necesidades allegados por diferentes Subgerencias, dando cumplimiento a la meta establecida de acuerdo a FORMATO SOLICITUD NECESIDAD DE BIEN Y/O SERVICIO allegadas al área y al diligenciamiento del FORMATO MATRIZ DE SEGUIMIENTO SUBPROCESO COMPRAS Y ADQUISICIONES, con un promedio de 8 días hábiles transcurridos entre la fecha de la solicitud del requerimiento de la compra hasta la fecha de la radicación de la carpeta pre-contractual para la adquisición del bien y/o servicio.<br>Igual se revisa el comportamiento de los años 2024 – 2025, se puede evidenciar que en el segundo trimestre del año 2024, se tuvo un promedio de 9 días hábiles y en el año 2025, con 8 días hábiles, con una diferencia menor de 1 día hábil en el año 2024; de un año al otro puede variar en menos o más días, es variable debido a trámites administrativos, como puede ser en la gestión de cotizaciones, documentos, revisión de estudios previos de necesidades, cdp y firmas. | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de la vigencia 2025, se dio el trámite pertinente de 12 Estudios Previos de Necesidades allegados por diferentes Subgerencias, dando cumplimiento a la meta establecida de acuerdo a FORMATO SOLICITUD NECESIDAD DE BIEN Y/O SERVICIO allegadas al área y al diligenciamiento del FORMATO MATRIZ DE SEGUIMIENTO SUBPROCESO COMPRAS Y ADQUISICIONES, con un promedio de 11 días hábiles transcurridos entre la fecha de la solicitud del requerimiento de la compra hasta la fecha de la radicación de la carpeta pre-contractual para la adquisición del bien y/o servicio.<br>Igual se revisa el comportamiento de los años 2024 – 2025, se puede evidenciar que en el tercer trimestre del año 2024, se tuvo un promedio de 11 días hábiles y en el año 2025, con 11 días hábiles, no presento ninguna diferencia, en un año y el otro. | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025, se dio el tramite pertinente de 29 Estudios Previos de Necesidades allegados por diferentes Subgerencias, dando cumplimiento a la meta establecida de acuerdo a FORMATO SOLICITUD NECESIDAD DE BIEN Y/O SERVICIO allegadas al área y al diligenciamiento del FORMATO MATRIZ DE SEGUIMIENTO SUBPROCESO COMPRAS Y ADQUISICIONES, con un promedio de 10 días hábiles transcurridos entre la fecha de la solicitud del requerimiento de la compra hasta la fecha de la radicación de la carpeta pre-contractual para la adquisición del bien y/o servicio.<br>Igual se revisa el comportamiento de los años 2024 – 2025 y se puede evidenciar que, en el cuarto trimestre del año 2024, se tuvo un promedio de 11 días hábiles y en año 2025 con 10 días hábiles, con una diferencia menor de 1 día hábil en el año 2025, de un año al otro puede variar en menos o más días, es variable debido a trámites administrativos, como puede ser en la gestión de cotizaciones, documentos, revisión de estudios previos, cdp y firmas. |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | SELECCIÓN DEL PROVEEDOR QUE CUMPLA CON LO REQUERIDO EN EL ESTUDIO PREVIO DE NECESIDADES Y VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS<br>QUIEN: PROFESIONAL DE COMPRAS<br>PERIODICIDAD: DIARIO<br>EVIDENCIA: ESTUDIO PREVIO CON LA SELECCIÓN DEL PROVEEDOR Y REGISTRO EN FORMATO LISTA DE DOCUMENTOS CONTRATACIÓN DIRECTA DE BIENES Y SERVICIOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | | SELECCIÓN DEL PROVEEDOR QUE CUMPLA CON LO REQUERIDO EN EL ESTUDIO PREVIO DE NECESIDADES | PROFESIONAL DE COMPRAS | DIARIA | 30/03/2025 | Se adjunta muestra de Estudio Previo de Necesidad, Oportunidad, Conveniencia y Documentos de Contratación realizada en el Primer Trimestre de la vigencia 2025. | 30/06/2025 | Se adjunta muestra de Estudio Previo de Necesidad, Oportunidad, Conveniencia y Documentos de Contratación realizada en el Segundo Trimestre de la vigencia 2025. | 30/09/2025 | Se adjunta muestra de Estudio Previo de Necesidad, Oportunidad, Conveniencia y Documentos de Contratación realizada en el Tercer Trimestre de la vigencia 2025. | 30/12/2025 | Se adjunta muestra de Estudio Previo de Necesidad, Oportunidad, Conveniencia y Documentos de Contratación realizada en el Cuarto Trimestre de la vigencia 2025. |
| 136 | GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / ALMACÉN | ECONOMICO | NO APLICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS | FALTA DE SEGUIMIENTO A LOS INVENTARIOS | POSIBILIDAD DE DETRIMENTO PATRIMONIAL, PROCESOS DISCIPLINARIOS POR VENCIMIENTO DE PRODUCTOS E INSUMOS | DETRIMENTO PATRIMONIAL, PROCESOS DISCIPLINARIOS AFECTACIÓN ECONOMICA | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | RECEPCIÓN TÉCNICA DE LOS PRODUCTOS E INSUMOS VERIFICANDO QUE LA FECHA DE VENCIMIENTO SEA MAYOR A UN AÑO<br>QUIEN: AUXILIAR DE BODEGA<br>PERIODICIDAD: CADA QUE LLEGAN LOS PEDIDOS<br>EVIDENCIA: ACTAS DE RECEPCIÓN TECNICA ADMINSTRATIVA DE PRODCUTOS CON FECHA DE VENCIMIENTO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | REALIZAR RECEPCIÓN TÉCNICA DE LOS PRODUCTOS E INSUMOS VERIFICANDO QUE LA FECHA DE VENCIMIENTO ESTE MAYOR A UN AÑO | AUXILIAR DE BODEGA, O AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ALANCEN | CADA QUE LLEGAN LOS PEDIDOS | 30/03/2025 | Para el PRIMER TRIMESTRE del año 2025, se da aplicación al procedimiento RF-AL-PR-03 Procedimiento Recepción de Pedidos en Almacén; durante el periodo evaluado se realizaron 260 recepciones de pedidos, de los cuales se les realizo la recepción administrativa, teniendo en cuenta la fecha de vencimiento a los insumos ingresados (39) se realizó verificación mediante acta de la siguiente forma:<br>ENERO: 3<br>FEBRERO: 13<br>MARZO: 23 | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre del año 2025, se dio aplicación al procedimiento RF-AL-PR-03 "Recepción de Pedidos en Almacén", garantizando el cumplimiento de los lineamientos establecidos para la verificación, registro y control de los insumos ingresados.<br>En este periodo se realizaron 716 recepciones de pedidos, a las cuales se les efectuó la recepción administrativa correspondiente, asegurando la revisión integral de la documentación y de las condiciones físicas de los productos.<br>Como parte del proceso de control, se efectuó la verificación de las fechas de vencimiento de 15 ingresos, elaborando las respectivas actas de recepción. Estas recepciones son priorizadas por el almacén debido a la naturaleza, entre los cuales se destacan bombas de infusión y elementos de antisepsia, con la siguiente distribución:<br>• Abril: 3 recepciones<br>• Mayo: 6 recepciones<br>• Junio: 6 recepciones<br>Estas acciones evidencian el cumplimiento del procedimiento institucional y la trazabilidad en el control de los insumos recibidos, fortaleciendo la gestión logística y garantizando la calidad y seguridad de los materiales que ingresan al almacén. | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre del año 2025, se dio aplicación al procedimiento RF-AL-PR-03 "Recepción de Pedidos en Almacén", garantizando el cumplimiento de los lineamientos establecidos para la verificación, registro y control de los insumos ingresados.<br>En este periodo se realizaron 716 recepciones de pedidos, a las cuales se les efectuó la recepción administrativa correspondiente, asegurando la revisión integral de la documentación y de las condiciones físicas de los productos.<br>Como parte del proceso de control, se efectuó la verificación de las fechas de vencimiento de 16 ingresos, elaborando las respectivas actas de recepción. Estas recepciones son priorizadas por el almacén debido a la naturaleza, entre los cuales se destacan bombas de infusión y elementos de antisepsia, con la siguiente distribución:<br>• Julio: 7 recepciones<br>• Agosto: 3 recepciones<br>• Septiembre: 6 recepciones<br>Estas acciones evidencian el cumplimiento del procedimiento institucional y la trazabilidad en el control de los insumos recibidos, fortaleciendo la gestión logística y garantizando la calidad y seguridad de los materiales que ingresan al almacén | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre del año 2025, se dio aplicación al procedimiento RF-AL-PR-03 "Recepción de Pedidos en Almacén", garantizando el cumplimiento de los lineamientos establecidos para la verificación, registro y control de los insumos ingresados.<br>En este periodo se realizaron 714 recepciones de pedidos, a las cuales se les efectuó la recepción administrativa correspondiente, asegurando la revisión integral de la documentación y de las condiciones físicas de los productos.<br>Como parte del proceso de control, se efectuó la verificación de las fechas de vencimiento de 216 ingresos, elaborando las respectivas actas de recepción. Estas recepciones son priorizadas por el almacén debido a la naturaleza, entre los cuales se destacan bombas de infusión, elementos de antisepsia, material médico quirúrgico y medicamentos, con la siguiente distribución:<br>• Octubre: 79 recepciones<br>• Noviembre: 44 recepciones<br>• Diciembre: 93 recepciones<br>Estas acciones evidencian el cumplimiento del procedimiento institucional y la trazabilidad en el control de los insumos recibidos, fortaleciendo la gestión logística y garantizando la calidad y seguridad de los materiales que ingresan al almacén |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | SEMAFORIZACIÓN DE PRODUCTOS Y MANEJO DE INVENTARIOS SEGÚN LA METODOLOGÍA FEFO (PRIMERO EN VENCER PRIMERO EN SALIR) PARA LOS INSUMOS Y PRODUCTOS<br>QUIEN: AUXILIAR DE BODEGA,<br>EVIDENCIA: ORDENES DE DESPACHO CON DESCRPCION Y RELACION DE FECHAS DE VENCIMIENTO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 60% | MODERADO | | | SEMAFORIZACIÓN DE PRODUCTOS Y MANEJO DE INVENTARIOS SEGÚN LA METODOLOGÍA FEFO (PRIMERO EN VENCER PRIMERO EN SALIR) PARA LOS INSUMOS Y PRODUCTOS | AUXILIAR DE BODEGA, O AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ALMACÉN | MENSUAL | 30/03/2025 | Para el primer trimestre del año 2025 no se presentaron insumos vencidos; esto se puede evidenciar a los controles que se manejan para las bodegas 10, 20 y 21, como son las 39 pruebas aleatorias establecidas en este periodo. Considerando lo anterior realizando el proceso de autocontrol se identificaron 20 productos de las bodegas 20 y 21, productos pertenecientes al proceso de laboratorio, banco de sangre y hospitalización. Estos se identificaron con próximo vencimiento a seis meses, insumos los cuales se les realiza la gestión con cada uno de los subprocesos responsables de su uso, haciendo la solicitud de pedido para su uso de la siguiente forma:<br>BODEGA 20<br>1. EQUIPO DE NUTRICION ENTERAL CON PUNZON INFUSOMAT PLUS MULTICONECTOR BRAUN<br>BODEGA 21<br>2. TUBO TAPA AMARILLA 5.0 ML.<br>3. TUBO PARA ORINA CON CONSERVADOR MICROBIOLOGICO 4 ML<br>4. Resina Adhesivo<br>5. TUBO TAPA AZUL 2.7 ML<br>6. RUBEOLA IGG<br>7. ANTI-HBC II ARCHITECT (Laboratorio)<br>8. TROPONINA I<br>9. AMILASA<br>10. GLUCOSA<br>11. AGAR CHOCOLATE<br>12. AGAR CROMOGENICO<br>13. AGAR XLD | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre de la vigencia 2025, no se presentaron insumos vencidos, lo que refleja un resultado óptimo del indicador y evidencia la eficacia de los controles implementados en las bodegas 10, 20 y 21.<br>Este resultado se sustenta en las 42 pruebas aleatorias realizadas durante el periodo, las cuales confirmaron el adecuado manejo, rotación y seguimiento de los insumos con fecha de vencimiento.<br>Como parte del ejercicio de autocontrol, se identificaron 145 productos próximos a vencer (con vigencia inferior a seis meses) distribuidos de la siguiente manera:<br>• Bodega 20 – Medicamentos y material médico quirúrgico: 86 productos<br>• Bodega 21 – Laboratorio, banco de sangre y odontología: 59 productos<br>Estos productos fueron oportunamente gestionados con los respectivos subprocesos responsables de su uso, mediante la solicitud de pedidos priorizados para su consumo, garantizando que los insumos sean utilizados dentro de su vida útil y evitando pérdidas por caducidad.<br>Adicionalmente, se mantiene la semaforización de productos propensos a vencer, herramienta que facilita la identificación visual de los insumos con menor vigencia, permitiendo una actuación preventiva y coordinada.<br>El proceso se desarrolla conforme al procedimiento institucional RF-AL-PR-05 V04 "Procedimiento de Almacenamiento y Custodia de Materiales e Insumos de Ingreso al Almacén", el cual establece la aplicación de la metodología FEFO (First Expired, First Out) para el alistamiento y despacho de productos que manejan fecha de vencimiento.<br>Gracias a estas acciones, durante el periodo evaluado no se reportaron insumos vencidos, demostrando la efectividad de los mecanismos de control y la responsabilidad del personal encargado de la gestión de | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de la vigencia 2025, no se presentaron insumos vencidos, lo que refleja un resultado óptimo del indicador y evidencia la eficacia de los controles implementados en las bodegas 10, 20 y 21.<br>Este resultado se sustenta en las 43 pruebas aleatorias realizadas durante el periodo, las cuales confirmaron el adecuado manejo, rotación y seguimiento de los insumos con fecha de vencimiento.<br>Como parte del ejercicio de autocontrol, se identificaron 46 productos próximos a vencer (con vigencia inferior a seis meses) distribuidos de la siguiente manera:<br>• Bodega 20 – Medicamentos y material médico quirúrgico: 18 productos<br>• Bodega 21 – Laboratorio, banco de sangre y odontología: 28 productos<br>Estos productos fueron oportunamente gestionados con los respectivos subprocesos responsables de su uso, mediante la solicitud de pedidos priorizados para su consumo, garantizando que los insumos sean utilizados dentro de su vida útil y evitando pérdidas por caducidad.<br>Adicionalmente, se mantiene la semaforización de productos propensos a vencer, herramienta que facilita la identificación visual de los insumos con menor vigencia, permitiendo una actuación preventiva y coordinada.<br>El proceso se desarrolla conforme al procedimiento institucional RF-AL-PR-05 V04 "Procedimiento de Almacenamiento y Custodia de Materiales e Insumos de Ingreso al Almacén", el cual establece la aplicación de la metodología FEFO (First Expired, First Out) para el alistamiento y despacho de productos que manejan fecha de vencimiento.<br>Gracias a estas acciones, durante el periodo evaluado no se reportaron insumos vencidos, demostrando la efectividad de los mecanismos de control y la responsabilidad del personal encargado de la gestión de | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025, no se presentaron insumos vencidos, lo que refleja un resultado óptimo del indicador y evidencia la eficacia de los controles implementados en las bodegas 10, 20 y 21.<br>Este resultado se sustenta en las 48 pruebas aleatorias realizadas durante el periodo, las cuales confirmaron el adecuado manejo, rotación y seguimiento de los insumos con fecha de vencimiento.<br>Como parte del ejercicio de autocontrol, se identificaron 31 productos próximos a vencer (con vigencia inferior a seis meses) distribuidos de la siguiente manera:<br>• Bodega 20 – Medicamentos y material médico quirúrgico: 15 productos<br>• Bodega 21 – Laboratorio, banco de sangre y odontología: 16 productos<br>Estos productos fueron oportunamente gestionados con los respectivos subprocesos responsables de su uso, mediante la solicitud de pedidos priorizados para su consumo, garantizando que los insumos sean utilizados dentro de su vida útil y evitando pérdidas por caducidad.<br>Adicionalmente, se mantiene la semaforización de productos propensos a vencer, herramienta que facilita la identificación visual de los insumos con menor vigencia, permitiendo una actuación preventiva y coordinada.<br>El proceso se desarrolla conforme al procedimiento institucional RF-AL-PR-05 V04 "Procedimiento de Almacenamiento y Custodia de Materiales e Insumos de Ingreso al Almacén", el cual establece la aplicación de la metodología FEFO (First Expired, First Out) para el alistamiento y despacho de productos que manejan fecha de vencimiento.<br>Gracias a estas acciones, durante el periodo evaluado no se reportaron insumos vencidos, demostrando la efectividad de los mecanismos de control y la responsabilidad del personal encargado de la gestión de |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | PRUEBAS ALEATORIAS CON EL FIN DE DETECTAR DESVIACIONES<br>QUIEN: AUXILIAR DE BODEGA, O AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ALMACÉN<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>EVIDENCIA: FORMATO DE PRUEBAS ALEATORIAS<br>PARA QUE : DETECTAR DESVIACIONES DEL CONTROL DE LOS INVENTARIOS | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 20% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | | PRUEBAS ALEATORIAS CON EL FIN DE DETECTAR DESVIACIONES | AUXILIAR DE BODEGA, O AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ALMACÉN | SEMANAL | 30/03/2025 | Dentro del primer trimestre de la vigencia del año 2025, no se presentaron faltantes en los inventarios valorizados, como se puede evidenciar en las 39 pruebas aleatorias realizadas a las bodegas 10, 20 y 21. | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre de la vigencia 2025, no se presentaron faltantes en los inventarios valorizados, lo que refleja un resultado óptimo y un control eficiente sobre los bienes almacenados. Este comportamiento positivo se soporta en las 42 pruebas aleatorias realizadas a las bodegas 10, 20 y 21, las cuales confirmaron la coincidencia entre los saldos físicos y los registros contables del sistema de inventarios.<br>El resultado evidencia la efectividad de los controles internos implementados, así como el compromiso del personal responsable de las bodegas en la aplicación de los procedimientos establecidos para la custodia y manejo de los materiales e insumos. | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de la vigencia 2025, no se presentaron faltantes en los inventarios valorizados, lo que refleja un resultado óptimo y un control eficiente sobre los bienes almacenados. Este comportamiento positivo se soporta en las 42 pruebas aleatorias realizadas a las bodegas 10, 20 y 21, las cuales confirmaron la coincidencia entre los saldos físicos y los registros contables del sistema de inventarios.<br>El resultado evidencia la efectividad de los controles internos implementados, así como el compromiso del personal responsable de las bodegas en la aplicación de los procedimientos establecidos para la custodia y manejo de los materiales e insumos. | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025 no se evidenciaron faltantes significativos en los inventarios valorizados, lo que refleja un adecuado control en los procesos de manejo, custodia y registro de los bienes almacenados. En este periodo se realizaron un total de 48 pruebas aleatorias en las bodegas 10, 20 y 21, sin que se presentaran inconsistencias entre los inventarios físicos y los registros contables.<br>Adicionalmente, a partir del mes de septiembre se implementó un refuerzo en los controles de la bodega 20, incrementando la frecuencia de las pruebas aleatorias a dos veces por semana. Esta medida tuvo como objetivo fortalecer el seguimiento, mejorar la trazabilidad y garantizar una gestión adecuada de los medicamentos y materiales médico-quirúrgicos administrados desde dicha bodega.<br>En concordancia con lo anterior, durante el inventario semestral realizado entre el 18 y el 21 de noviembre de 2025, las bodegas 10 y 21 no presentaron sobrantes ni faltantes. En el caso de la bodega 20, se identificó un sobrante correspondiente a un insumo por valor de $15.694,70, el cual fue debidamente justificado y presentado ante el Comité de Inventarios en el mes de diciembre. |
| 137 | GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / ALMACÉN | ECONOMICO | NO ADHERENCIA A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN EL ALMACÉN | NO APLICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS<br>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 | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | VERIFICACIÓN DE LAS CANTIDADES FÍSICAS DE INSUMOS Y PRODUCTOS QUE INGRESAN AL ALMACÉN<br>QUIEN: AUXILIAR DE BODEGA, O AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ALMACÉN<br>PERIÓDICA: CADA QUE LLEGA UN PEDIDO<br>PARA QUE: VERIFICAR LAS CANTIDADES FÍSICAS DE INSUMOS INGRESADOS<br>EVIDENCIA: ACTAS DE RECEPCIÓN ADMINISTRATIVA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | REALIZAR VERIFICACIÓN DE LAS CANTIDADES FÍSICAS DE INSUMOS Y PRODUCTOS QUE INGRESAN AL ALMACÉN | AUXILIAR DE BODEGA, O AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ALMACÉN | CADA QUE LLEGA UN PEDIDO | 30/03/2025 | Para este trimestre se realizaron 260 INGRESOS para los diferentes insumos, materiales y productos que ingresan a las bodegas No 10-20 y 21, de la siguiente forma:<br>ENERO-53<br>FEBRERO-95<br>MARZO-112 | 30/06/2025 | Para este trimestre se realizaron 597 ACTAS DE RECEPCION para los diferentes insumos, materiales y productos que ingresan a las bodegas No 10-20 y 21, de la siguiente forma:<br>ABRIL: 113<br>MAYO: 295<br>JUNIO: 189 | 30/09/2025 | Para este trimestre se realizaron 663 ACTAS DE RECEPCION para los diferentes insumos, materiales y productos que ingresan a las bodegas No 10-20 y 21, de la siguiente forma:<br>JULIO: 283<br>AGOSTO: 198<br>SEPTIEMBRE: 182 | 30/12/2025 | Para este trimestre se realizaron 714 ACTAS DE RECEPCION para los diferentes insumos, materiales y productos que ingresan a las bodegas No 10-20 - 21, de la siguiente forma:<br>OCTUBRE: 253<br>NOVIEMBRE: 178<br>DICIEMBRE: 283 |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | VALIDACIÓN EN EL DESPACHO DE INSUMOS A PROCESOS Y SERVICIOS MEDIANTE EL PROCEDIMIENTO " DESPACHO DE INSUMOS Y PRODUCTOS"<br>QUIEN: AUXILIAR DE BODEGA, O AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ALMACÉN<br>PERIODICIDAD: CADA QUE SE ENTREGA UN PEDIDO<br>PARA QUE: VERIFICAR LAS CANTIDADES DE PRODUCTOS E INSUMOS DESPACHADAS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 60% | MODERADO | | | REALIZAR VALIDACIÓN EN EL DESPACHO DE INSUMOS A PROCESOS Y SERVICIOS | AUXILIAR DE BODEGA, O AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ALMACÉN | CADA QUE SE ENTREGA UN PEDIDO | 30/03/2025 | Durante este trimestre se logró dar entrega a 4.614 productos, materiales e insumos que corresponden a las bodegas 10, 20 y 21, lo cual genero 1.379 orden de despacho de la siguiente forma:<br>ENERO: 442 ODENES DE DESPACIO – 1634 INSUMOS<br>FEBRERO: 490 ODENES DE DESPACIO – 1507 INSUMOS<br>MARZO: 447 ODENES DE DESPACIO – 1473 INSUMOS | 30/06/2025 | Durante este trimestre se realizó la entrega de 11.283 productos, materiales e insumos, correspondientes a las bodegas 10, 20 y 21.<br>Estas entregas generaron un total de 2.013 órdenes de despacho, distribuidas de la siguiente manera:<br>Bodega 10: 1.076 órdenes de despacho – 3.217 insumos y/o productos.<br>Bodega 20: 838 órdenes de despacho – 7.453 insumos y/o productos.<br>Bodega 21: 99 órdenes de despacho – 613 insumos y/o productos. | 30/09/2025 | Durante este trimestre se realizó la entrega de 16.768 productos, materiales e insumos, correspondientes a las bodegas 10, 20 y 21.<br>Estas entregas generaron un total de 2.183 órdenes de despacho, distribuidas de la siguiente manera:<br>Bodega 10: 1.067 órdenes de despacho – 3.055 insumos y/o productos.<br>Bodega 20: 1.009 órdenes de despacho – 12.999 insumos y/o productos.<br>Bodega 21: 107 órdenes de despacho – 714 insumos y/o productos. | 30/12/2025 | Durante este trimestre se realizó la entrega de 16.306 productos, materiales e insumos, correspondientes a las bodegas 10, 20 y 21.<br>Estas entregas generaron un total de 2.119 órdenes de despacho, distribuidas de la siguiente manera:<br>Bodega 10: 1.043 órdenes de despacho – 2.923 insumos y/o productos.<br>Bodega 20: 977 órdenes de despacho – 12.642 insumos y/o productos.<br>Bodega 21: 99 órdenes de despacho – 741 insumos y/o productos. |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | PRUEBAS ALEATORIAS CON EL FIN DE DETECTAR DESVIACIONES<br>QUIEN: AUXILIAR DE BODEGA, O AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ALMACÉN<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>EVIDENCIA: FORMATO DE PRUEBAS ALEATORIAS<br>PARA QUE : DETECTAR DESVIACIONES E EL CONTROL DE LOS INVENTARIOS | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 20% | BAJA | 60% | MODERADO | | | REALIZAR PRUEBAS ALEATORIAS CON EL FIN DE DETECTAR DESVIACIONES | AUXILIAR DE BODEGA, O AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ALMACÉN | SEMANAL | 30/03/2025 | Dentro del primer trimestre de la vigencia del año 2025, no se presentaron faltantes en los inventarios valorizados, como se puede evidenciar en las 39 pruebas aleatorias realizadas a las bodegas 10, 20 y 21. | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre de la vigencia 2025, no se presentaron faltantes en los inventarios valorizados, lo que refleja un resultado óptimo y un control eficiente sobre los bienes almacenados. Este comportamiento positivo se soporta en las 42 pruebas aleatorias realizadas a las bodegas 10, 20 y 21, las cuales confirmaron la coincidencia entre los saldos físicos y los registros contables del sistema de inventarios.<br>El resultado evidencia la efectividad de los controles internos implementados, así como el compromiso del personal responsable de las bodegas en la aplicación de los procedimientos establecidos para la custodia y manejo de los materiales e insumos. | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de la vigencia 2025, no se presentaron faltantes en los inventarios valorizados, lo que refleja un resultado óptimo y un control eficiente sobre los bienes almacenados. Este comportamiento positivo se soporta en las 42 pruebas aleatorias realizadas a las bodegas 10, 20 y 21, las cuales confirmaron la coincidencia entre los saldos físicos y los registros contables del sistema de inventarios.<br>El resultado evidencia la efectividad de los controles internos implementados, así como el compromiso del personal responsable de las bodegas en la aplicación de los procedimientos establecidos para la custodia y manejo de los materiales e insumos. | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025 no se evidenciaron faltantes significativos en los inventarios valorizados, lo que refleja un adecuado control en los procesos de manejo, custodia y registro de los bienes almacenados. En este periodo se realizaron un total de 48 pruebas aleatorias en las bodegas 10, 20 y 21, sin que se presentaran inconsistencias entre los inventarios físicos y los registros contables.<br>Adicionalmente, a partir del mes de septiembre se implementó un refuerzo en los controles de la bodega 20, incrementando la frecuencia de las pruebas aleatorias a dos veces por semana. Esta medida tuvo como objetivo fortalecer el seguimiento, mejorar la trazabilidad y garantizar una gestión adecuada de los medicamentos y materiales médico-quirúrgicos administrados desde dicha bodega.<br>En concordancia con lo anterior, durante el inventario semestral realizado entre el 18 y el 21 de noviembre de 2025, las bodegas 10 y 21 no presentaron sobrantes ni faltantes. En el caso de la bodega 20, se identificó un sobrante correspondiente a un insumo por valor de $15.694,70, el cual fue debidamente justificado y presentado ante el Comité de Inventarios en el mes de diciembre. |
| | | | | | | | | | | | | | | 4 | PRUEBAS SELESCTIVAS CON EL FIN DE DETECTAR DESVIACIONES<br>QUIEN: OFICINA DE CONTROL INTERNO<br>PERIODICIDAD: ALEATORIO<br>PARA QUE: DETECTAR DESVIACIONES EN EL INVENTARIO DEL ALMACÉN<br>EVIDENCIA: INFORME DE RESULTADOS DE LA SELECTIVA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | SIN DOCUMENTAR | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 14% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | | REALIZAR PRUEBAS ALEATORIAS CON EL FIN DE DETECTAR DESVIACIONES | OFICINA DE CONTROL INTERNO | ALEATORIO | 30/03/2025 | Dentro del primer trimestre de la vigencia del año 2025, no se presentaron faltantes en los inventarios valorizados, como se puede evidenciar en las 39 pruebas aleatorias realizadas a las bodegas 10, 20 y 21. | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre de la vigencia 2025, no se presentaron faltantes en los inventarios valorizados, lo que refleja un resultado óptimo y un control eficiente sobre los bienes almacenados. Este comportamiento positivo se soporta en las 42 pruebas aleatorias realizadas a las bodegas 10, 20 y 21, las cuales confirmaron la coincidencia entre los saldos físicos y los registros contables del sistema de inventarios.<br>El resultado evidencia la efectividad de los controles internos implementados, así como el compromiso del personal responsable de las bodegas en la aplicación de los procedimientos establecidos para la custodia y manejo de los materiales e insumos. | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de la vigencia 2025, no se presentaron faltantes en los inventarios valorizados, lo que refleja un resultado óptimo y un control eficiente sobre los bienes almacenados. Este comportamiento positivo se soporta en las 42 pruebas aleatorias realizadas a las bodegas 10, 20 y 21, las cuales confirmaron la coincidencia entre los saldos físicos y los registros contables del sistema de inventarios.<br>El resultado evidencia la efectividad de los controles internos implementados, así como el compromiso del personal responsable de las bodegas en la aplicación de los procedimientos establecidos para la custodia y manejo de los materiales e insumos. | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025 no se evidenciaron faltantes significativos en los inventarios valorizados, lo que refleja un adecuado control en los procesos de manejo, custodia y registro de los bienes almacenados. En este periodo se realizaron un total de 48 pruebas aleatorias en las bodegas 10, 20 y 21, sin que se presentaran inconsistencias entre los inventarios físicos y los registros contables.<br>Adicionalmente, a partir del mes de septiembre se implementó un refuerzo en los controles de la bodega 20, incrementando la frecuencia de las pruebas aleatorias a dos veces por semana. Esta medida tuvo como objetivo fortalecer el seguimiento, mejorar la trazabilidad y garantizar una gestión adecuada de los medicamentos y materiales médico-quirúrgicos administrados desde dicha bodega.<br>En concordancia con lo anterior, durante el inventario semestral realizado entre el 18 y el 21 de noviembre de 2025, las bodegas 10 y 21 no presentaron sobrantes ni faltantes. En el caso de la bodega 20, se identificó un sobrante correspondiente a un insumo por valor de $15.694,70, el cual fue debidamente justificado y presentado ante el Comité de Inventarios en el mes de diciembre. |

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

**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. | | | | | | | | | | | | | | **PLAN DE ACCION:** se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia. | | | **1 TRIMESTRE** | | **2 TRIMESTRE** | | **3 TRIMESTRE** | | **4 TRIMESTRE** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | **ATRIBUTOS** | | | | | | | | | | | | | | | **SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025** | | **SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025** | | **SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025** | | **SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025** | |
| **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** | **TIPO** | **IMPLEMENTACIÓN** | **CALIFICACIÓN** | **DOCUMENTACIÓN** | **FRECUENCIA** | **REGISTRO** | **PROBABILIDAD RESIDUAL** | **PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL** | **%** | **IMPACTO RESIDUAL FINAL** | **ZONA DE RIESGO FINAL** | **TRATAMIENTO DEL RIESGO** | **PLAN DE ACCIÓN** | **RESPONSABLE** | **FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD** | **FECHA SEGUIMIENTO** | **SEGUIMIENTO** | **FECHA SEGUIMIENTO** | **SEGUIMIENTO** | **FECHA SEGUIMIENTO** | **SEGUIMIENTO** | **FECHA SEGUIMIENTO** | **SEGUIMIENTO** |
| | | | | | | | | | | | | | | 5 | TOMA FÍSICA DE INVENTARIO<br>QUIEN: COMITÉ DE INVENTARIOS QUIEN DESIGNA UNA MESA DE CONTROL<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>PARA QUE: IDENTIFICAR DESVIACIONES EN LOS INVENTARIOS | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | SIN DOCUMENTAR | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 10% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | | REALIZAR TOMA FÍSICA DE INVENTARIO | COMITÉ DE INVENTARIOS QUIEN DESIGNA UNA MESA DE CONTROL | SEMESTRAL | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/09/2025 | Durante la semana del 24 al 27 de junio de 2025, se realizó la toma física de inventarios valorizados a las bodegas 10, 20 y 21. Como resultado de esta verificación, las bodegas 10 y 21 no presentaron faltantes ni sobrantes, demostrando un adecuado control interno en la administración de los bienes.<br>En el caso de la bodega 20, se identificaron faltantes y sobrantes puntuales, situación asociada a la contingencia operativa iniciada en mayo de 2025, producto de la terminación del contrato con el proveedor Discolmets. Este hecho generó el cambio de operatividad administrativa, asumiendo el subproceso de almacén la responsabilidad directa sobre la gestión logística de medicamentos y material médico-quirúrgico.<br>Durante los meses de mayo a agosto, se implementaron ajustes operativos continuos orientados a garantizar la distribución eficiente de insumos y la continuidad en la atención de los pacientes, pese a las limitaciones iniciales propias del proceso de transición.<br>Los resultados de las verificaciones fueron socializados en el Comité de Inventarios, lo que dio lugar a reuniones con la Mesa de Control para analizar las justificaciones y aprobar los ajustes correspondientes, sustentados mediante notas crédito y cruces de códigos. Estas reuniones se llevaron a cabo los días 1 de agosto y 1 de septiembre de 2025.<br>Posteriormente, el 12 de septiembre de 2025, culminó el proceso de conciliación con los proveedores, especialmente con Discolmets, lo que permitió establecer un inventario real y consolidado de la bodega 20, identificando con mayor precisión los faltantes y sobrantes definitivos.<br>Como resultado final de la conciliación y la toma física, se determinaron:<br>• Faltante por valor de $324.692,92 correspondiente a medicamentos y material médico-quirúrgico. | 30/12/2025 | Entre el 18 y el 21 de noviembre de 2025 se llevó a cabo la toma física de inventarios valorizados en las bodegas 10, 20 y 21. Como resultado de esta verificación, las bodegas 10 y 21 no presentaron faltantes ni sobrantes, lo que demuestra un adecuado nivel de control interno en la administración y custodia de los bienes.<br>En cuanto a la bodega 20, se identificó un sobrante correspondiente a un insumo por valor de $15.694, el cual fue debidamente justificado y sustentado.<br>Posteriormente, el 17 de diciembre de 2025, en sesión ordinaria del Comité de Inventarios, se presentó la documentación soporte, aprobándose el respectivo ajuste de entrada por el sobrante identificado. |
| 138 | **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 | 60% | MENOR | 40% | MODERADO | 1 | VERIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN Y EXISTENCIAS DE PRODUCTOS Y MATERIALES<br>QUIEN: REFERENTE DE ALMACÉN<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE CONTROL DE CONSUMOS DE INSUMOS Y MATERIAL<br>PARA QUE : PODER ESTABLECER LA ROTACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y DETERMINAR LAS NECESIDADES DE PEDIDOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 36% | BAJA | 40% | MENOR | MODERADO | REDUCIR | REALIZAR VERIFICACIÓN DE LA ROTACIÓN Y EXISTENCIAS DE PRODUCTOS Y MATERIALES | REFERENTE DE ALMACÉN | MENSUAL | 30/03/2025 | Para este trimestre se realiza la estandarización de stocks y seguimiento correspondiente en el formato RF-AL-FT-22 denominado matriz máximos y mininos de los siguientes insumos:<br>1. ASEPSIA<br>2. BOMBAS BRAUN<br>3. BOLSAS DE CADAVER<br>4. OXIGENO<br>5. LAVANDERIA<br>6. PAPELERIA<br>7. ASEO Y ECONOMATO | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre de la vigencia 2025, se adelantó la estandarización de stocks y el seguimiento correspondiente a través del formato RF-AL-FT-22, denominado “Matriz de Máximos y Mínimos”, con el propósito de optimizar el control de inventarios y garantizar la disponibilidad oportuna de insumos críticos.<br>La actualización de esta matriz permitió establecer niveles adecuados de existencias para los siguientes grupos de materiales e insumos:<br>1. Asepsia<br>2. Bombas Braun<br>3. Bolsas de cadáver<br>4. Oxígeno<br>5. Lavandería<br>6. Papelería<br>7. Aseo y economato<br>La aplicación de este procedimiento contribuye a mantener un balance adecuado entre el abastecimiento y el consumo, evitando tanto la sobreacumulación de inventarios como el desabastecimiento de insumos esenciales.<br>Asimismo, la estandarización facilita la planificación de pedidos, la rotación eficiente de productos y el fortalecimiento de los controles internos, alineándose con las políticas institucionales de eficiencia, trazabilidad y uso racional de los recursos. | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de la vigencia 2025, se adelantó la estandarización de stocks y el seguimiento correspondiente a través del formato RF-AL-FT-22, denominado “Matriz de Máximos y Mínimos”, con el propósito de optimizar el control de inventarios y garantizar la disponibilidad oportuna de insumos críticos.<br>La actualización de esta matriz permitió establecer niveles adecuados de existencias para los siguientes grupos de materiales e insumos:<br>1. Asepsia<br>2. Bombas Braun<br>3. Bolsas de cadáver<br>4. Oxígeno<br>5. Lavandería<br>6. Papelería<br>7. Aseo y economato<br>La aplicación de este procedimiento contribuye a mantener un balance adecuado entre el abastecimiento y el consumo, evitando tanto la sobreacumulación de inventarios como el desabastecimiento de insumos esenciales.<br>Asimismo, la estandarización facilita la planificación de pedidos, la rotación eficiente de productos y el fortalecimiento de los controles internos, alineándose con las políticas institucionales de eficiencia, trazabilidad y uso racional de los recursos. | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025, se adelantó la estandarización de stocks y el seguimiento correspondiente a través del formato RF-AL-FT-22, denominado “Matriz de Máximos y Mínimos”, con el propósito de optimizar el control de inventarios y garantizar la disponibilidad oportuna de insumos críticos.<br>La actualización de esta matriz permitió establecer niveles adecuados de existencias para los siguientes grupos de materiales e insumos:<br>1. Asepsia<br>2. Bombas Braun<br>3. Bolsas de cadáver<br>4. Oxígeno<br>5. Lavandería<br>6. Papelería<br>7. Aseo y economato<br>La aplicación de este procedimiento contribuye a mantener un balance adecuado entre el abastecimiento y el consumo, evitando tanto la sobreacumulación de inventarios como el desabastecimiento de insumos esenciales.<br>Asimismo, la estandarización facilita la planificación de pedidos, la rotación eficiente de productos y el fortalecimiento de los controles internos, alineándose con las políticas institucionales de eficiencia, trazabilidad y uso racional de los recursos. |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | ESTABLECIMIENTO DE STOCKS MÍNIMOS Y MÁXIMOS DE INSUMOS Y PRODUCTOS PRIORIZADOS POR ALMACÉN<br>QUIEN : REFERENTE DE ALMACÉN<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>PARA QUE: IDENTIFICAR LAS NECESIDADES DE PEDIDOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 22% | BAJA | 40% | MENOR | | | ESTABLECER STOCKS MÍNIMOS Y MÁXIMOS DE INSUMOS Y PRODUCTOS PRIORIZADOS POR ALMACÉN | REFERENTE DE ALMACÉN | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | TPara este trimestre se realiza la estandarización de stocks y seguimiento correspondiente en el formato RF-AL-FT-22 denominado matriz máximos y mininos de los siguientes insumos:<br>1. ASEPSIA<br>2. BOMBAS BRAUN<br>3. BOLSAS DE CADAVER<br>4. OXIGENO<br>5. LAVANDERIA<br>6. PAPELERIA<br>7. ASEO Y ECONOMATO | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre de la vigencia 2025, se adelantó la estandarización de stocks y el seguimiento correspondiente a través del formato RF-AL-FT-22, denominado “Matriz de Máximos y Mínimos”, con el propósito de optimizar el control de inventarios y garantizar la disponibilidad oportuna de insumos críticos.<br>La actualización de esta matriz permitió establecer niveles adecuados de existencias para los siguientes grupos de materiales e insumos:<br>1. Asepsia<br>2. Bombas Braun<br>3. Bolsas de cadáver<br>4. Oxígeno<br>5. Lavandería<br>6. Papelería<br>7. Aseo y economato<br>La aplicación de este procedimiento contribuye a mantener un balance adecuado entre el abastecimiento y el consumo, evitando tanto la sobreacumulación de inventarios como el desabastecimiento de insumos esenciales.<br>Asimismo, la estandarización facilita la planificación de pedidos, la rotación eficiente de productos y el fortalecimiento de los controles internos, alineándose con las políticas institucionales de eficiencia, trazabilidad y uso racional de los recursos. | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre de la vigencia 2025, se adelantó la estandarización de stocks y el seguimiento correspondiente a través del formato RF-AL-FT-22, denominado “Matriz de Máximos y Mínimos”, con el propósito de optimizar el control de inventarios y garantizar la disponibilidad oportuna de insumos críticos.<br>La actualización de esta matriz permitió establecer niveles adecuados de existencias para los siguientes grupos de materiales e insumos:<br>1. Asepsia<br>2. Bombas Braun<br>3. Bolsas de cadáver<br>4. Oxígeno<br>5. Lavandería<br>6. Papelería<br>7. Aseo y economato<br>La aplicación de este procedimiento contribuye a mantener un balance adecuado entre el abastecimiento y el consumo, evitando tanto la sobreacumulación de inventarios como el desabastecimiento de insumos esenciales.<br>Asimismo, la estandarización facilita la planificación de pedidos, la rotación eficiente de productos y el fortalecimiento de los controles internos, alineándose con las políticas institucionales de eficiencia, trazabilidad y uso racional de los recursos. | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025, se adelantó la estandarización de stocks y el seguimiento correspondiente a través del formato RF-AL-FT-22, denominado “Matriz de Máximos y Mínimos”, con el propósito de optimizar el control de inventarios y garantizar la disponibilidad oportuna de insumos críticos.<br>La actualización de esta matriz permitió establecer niveles adecuados de existencias para los siguientes grupos de materiales e insumos:<br>1. Asepsia<br>2. Bombas Braun<br>3. Bolsas de cadáver<br>4. Oxígeno<br>5. Lavandería<br>6. Papelería<br>7. Aseo y economato<br>La aplicación de este procedimiento contribuye a mantener un balance adecuado entre el abastecimiento y el consumo, evitando tanto la sobreacumulación de inventarios como el desabastecimiento de insumos esenciales.<br>Asimismo, la estandarización facilita la planificación de pedidos, la rotación eficiente de productos y el fortalecimiento de los controles internos, alineándose con las políticas institucionales de eficiencia, trazabilidad y uso racional de los recursos. |
| 139 | **GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / BIOMÉDICO** | ECONOMICO | 1. FALLAS ALEATORIAS DE LOS EQUIPOS<br>2. EVENTOS EXTERNOS QUE PUEDEN AFECTAR EL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS | 1. FALTA DE MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS Y CORRECTIVOS<br>2. DESCONOCIMIENTO DEL PERSONAL QUE REALIZA USO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS | POSIBILIDAD DE DAÑOS O FALLAS EN LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS DE LA INSTITUCIÓN Y TERCER IZADOS QUE IMPIDA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO | INTERRUPCIÓN DE LA ATENCIÓN MEDICA<br>DIAGNOSTICOS ERRADOS | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MAYOR | 80% | ALTA | 1 | MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS A LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS<br>QUIEN: INGENIERO BIOMÉDICOS<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>COMO: DE ACUERDO A PROTOCOLOS DE MANTENIMIENTO ESTIPULADOS POR EL FABRICANTE<br>PARA QUE: MANTENER Y PROLONGAR LA VIDA ÚTIL DEL EQUIPO<br>EVIDENCIA: REPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 80% | MAYOR | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR | REALIZAR MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS A LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS | INGENIERO BIOMÉDICOS | MENSUAL | 30/03/2025 | Durante el primer trismestre se ejecutaron 1517 mantenmientos preventivos dando cumplimiento al cronograma de mantenimiento y de acuerdo a los protocolos establecidos por fabricante, se adjunta informes de ejecución donde se informa las novedades de las actividades ejecutadas | 30/06/2025 | Durante el mes de abril se ejecutaron 343 mantenmientos preventivos dando cumplimiento al cronograma de mantenimiento y de acuerdo a los protocolos establecidos por fabricante, se adjunta informes de ejecución donde se informa las novedades de las actividades ejecutadas | 30/09/2025 | Durante el mes de julio se ejecutaron 392 mantenmientos preventivos dando cumplimiento al cronograma de mantenimiento y de acuerdo a los protocolos establecidos por fabricante, se adjunta informe de ejecución donde se informa las novedades de las actividades ejecutadas | 30/12/2025 | Durante el cuarto trismestre se ejecutaron 1290 mantenmientos preventivos dando cumplimiento al cronograma de mantenimiento y de acuerdo a los protocolos establecidos por fabricante, se adjunta informes de ejecución donde se informa las novedades de las actividades ejecutadas |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | QUE: VIGILANCIA ACTIVA<br>QUIEN: REFERENTE DE TECNO VIGILANCIA<br>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<br>PARA QUE: IDENTIFICAR EL ESTADO DEL EQUIPO<br>EVIDENCIA: BI-FT-29 FORMATO LISTA DE CHEQUEO VIGILANCIA ACTIVA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 80% | MAYOR | | | REALIZAR VIGILANCIA ACTIVA | REFERENTE DE TECNO VIGILANCIA | MENSUAL | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre se aplicó la lista de chequeo de vigilancia activa a los equipos biomédicos que fueron priorizados para la vigencia 2025, donde se cumplieron 878 criterios de 917 criterios evaluados para un cumplimiento del 95,74% | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre se aplicó la lista de chequeo de vigilancia activa a los equipos biomédicos que fueron priorizados para la vigencia 2025, donde se cumplieron 787 criterios de 869 criterios evaluados para un cumplimiento del 90,56% | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre se aplicó la lista de chequeo de vigilancia activa a los equipos biomédicos que fueron priorizados para la vigencia 2025, donde se cumplieron 851 criterios de 901 criterios evaluados para un cumplimiento del 94,45% | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre se aplicó la lista de chequeo de vigilancia activa a los equipos biomédicos que fueron priorizados para la vigencia 2025, donde se cumplieron 804 criterios de 825 criterios evaluados para un cumplimiento del 97,45% |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | REVISIÓN DE ALERTAS SANITARIAS<br>QUIEN: REFERENTE DE TECNO VIGILANCIA<br>PERIODICIDAD: QUINCENAL<br>COMO: REVISIÓN EN LA PAGINA DEL INVIMA Y SEGUIMIENTO A TRAVÉS DEL FORMATO BI-FT-32 " FORMATO DE REVISIÓN DE ALERTA DE EQUIPOS" LA PAGINA DEL INVIMA<br>EVIDENCIA: FORMATO BI-FT-32 " FORMATO DE REVISIÓN DE ALERTA DE EQUIPOS" LA PAGINA DEL INVIMA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 80% | MAYOR | | | REVISIÓN DE ALERTAS SANITARIAS | REFERENTE DE TECNO VIGILANCIA | QUINCENAL | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre se revisaron 122 alertas sanitarias e informes de seguridad, ninguna alerta sanitaria aplicó para los dispositivos médicos de la institución. Sin embargo, se identificaron 2 informes de seguridad como medida preventiva para tensiómetros Welch Allyn modelo DS44 y monitores de signos vitales Drager modelo Vista 120S. | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre se revisaron 66 alertas sanitarias e informes de seguridad, ninguna alerta sanitaria aplicó para los dispositivos médicos de la institución. | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre se revisaron 82 alertas sanitarias e informes de seguridad, ninguna alerta sanitaria aplicó para los dispositivos médicos de la institución. | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre se revisaron 78 alertas sanitarias e informes de seguridad, ninguna alerta sanitaria aplicó para los dispositivos médicos de la institución. |
| | | | | | | | | | | | | | | 4 | CAPACITACIONES A PERSONAL ASISTENCIAL<br>SOBRE USO, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS<br>QUIEN: INGENIEROS BIOMÉDICOS<br>PERIODICIDAD: MENSUAL DEPENDIENDO DE PRIORIZACIÓN ANUAL<br>EVIDENCIA: LISTAS DE ASISTENCIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 13% | MUY BAJA | 80% | MAYOR | | | CAPACITACIONES A PERSONAL ASISTENCIAL SOBRE USO, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS | INGENIERO BIOMÉDICOS | MENSUAL | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre se dió cumplimiento a cronograma de capacitaciones, donde se contempló las temáticas de Generalidades biomédicas, electrobisturí, camas hospitalarias y desfibriladores, adicionalmente se realizón socialización de electrocardiografo a puesto de salud de Pasca por solicitud del servicio. Se adjuntan actas de capacitación con análisis de adherencial del personal asistencial a las capacitaciones | 30/06/2025 | Durante los meses de abril y mayo se ha dado cumplimiento al cronograma de capacitaciones de monitor de signos vitales y equipos de odontología respectivamente, se adjunta acta de capacitación con medición a adherencia | 30/09/2025 | Durante el mes de septiembre se realizó capacitación del uso seguro de la tecnología básculas, se realizó medición de adherencia, se adjunta acta con detalle de socialización | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre se dió cumplimiento a cronograma de capacitaciones, donde se contempló las temáticas de uso seguro de la tecnología: máquinas de anestesia, monitor fetal e incubadoras neontales. Se adjuntan actas de capacitación con análisis de adherencial del personal asistencial a las capacitaciones |
| | | | | | | | | | | | | | | 5 | MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS A LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS<br>QUIEN: INGENIERO BIOMÉDICOS<br>PERIODICIDAD: A NECESIDAD<br>COMO: REVISIÓN, DOCUMENTACIÓN DEL DAÑO Y EJECUCIÓN DEL ARREGLO DEL EQUIPO<br>PARA QUE: MANTENER Y PROLONGAR LA VIDA ÚTIL DEL EQUIPO<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS | CORRECTIVO 10% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 25% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 13% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | | MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS A LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS | INGENIERO BIOMÉDICOS | A NECESIDAD | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre, se atendieron 326 correctivos de los cuales se evidenció mayor frecuencia de reportes en:<br>1. Camas hospitalarias por daño en bisagra y/o control.<br>2. Monitor de signos vitales por daño en accesorios, por caída y/o daño en pantalla<br>3. Compresor odontológico por fugas<br>4. Unidad odontológica por fugas | 30/06/2025 | Durante el mes de abril, se atendieron 98 equipos por necesidad de intervención correctiva, de los cuales se evidenció mayor frecuencia en:<br>1. Camas hospitalarias por daño en bisagra y/o control<br>2. Monitor de signos vitales por daño en accesorios<br>3. Compresor odontológico por fugas<br>4. Unidad odontologica | 30/09/2025 | Durante el mes de septiembre, se atendieron 82 equipos por necesidad de intervención correctiva, de los cuales se evidenció mayor frecuencia en:<br>1. Camas hospitalarias por daño en bisagra y/o control<br>2. Monitor de signos vitales por daño en accesorios<br>3. Ventilador mecánico | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre, se atendieron 187 correctivos de los cuales se evidenció mayor frecuencia de reportes en:<br>1. Camas hospitalarias por daño en bisagra y/o control.<br>2. Monitor de signos vitales por daño en accesorios, por caída y/o daño en pantalla<br>3. Compresor odontológico por fugas<br>4. Unidad odontológica por fugas |
| 140 | **GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / BIOMÉDICO** | REPUTACIONAL | USO INCORRECTO DE ELECTROBISTURI | DESCONOCIMIENTO DEL PERSONAL SOBRE EL ADECUADO USO DE ELECTROBISTURI<br>FALLAS PROPIAS DEL ELECTROBISTURI | POSIBILIDAD DE QUEMADURA POR USO INADECUADO O FALLA DEL ELECTROBISTURI | DAÑO AL PACIENTE<br>RETRASOS EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | | ALTA | 1 | REALIZACIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A ELECTROBISTURI<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>QUIEN: INGENIEROS BIOMEDICOS<br>EVIDENCIA: SOPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR | REALIZACIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO | INGENIEROS BIOMÉDICOS | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | Durante el mes de enero, se realizó los mantenimientos preventivos a los electrobisturies del servicio de salas de cirugía de acuerdo a los protocolos establecidos por fábricante, se adjunta matriz de mantenimiento | 30/06/2025 | Durante el mes de mayo, se realizó los mantenimientos preventivos a los electrobisturies del servicio de salas de cirugía de acuerdo a los protocolos establecidos por fábricante, se adjunta matriz de mantenimiento | 30/09/2025 | Durante el mes de agosto, se realizó los mantenimientos preventivos a los electrobisturies del servicio de salas de cirugía de acuerdo a los protocolos establecidos por fábricante, se adjunta matriz de mantenimiento | 30/12/2025 | Durante el mes de noviembre, se realizó los mantenimientos preventivos a los electrobisturies del servicio de salas de cirugía de acuerdo a los protocolos establecidos por fábricante, se adjunta matriz de mantenimiento |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | CALIBRACIÓN DEL ELECTROBISTURI<br>PERIODICIDAD: ANUAL<br>QUIEN: INGENIEROS BIOMEDICOS<br>EVIDENCIA: SOPORTE DE CALIBRACIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | | CALIBRACIÓN DEL ELECTROBISTURI | INGENIEROS BIOMÉDICOS | ANUAL | 30/03/2025 | Actividad no programada para el 1er trimestre, teniendo en cuenta que el contrato de calibraciones no está vigente | 30/06/2025 | Actividad no programada para el 2do trimestre, sin embargo el contrato de calibraciones se encuentra en ejecución | 30/09/2025 | Para el mes de agosto, se ejectaron las calibraciones de los electrobisturies en su totalidad, con la siguiente novedad<br>1. Electrobisturí bovide IDS 200 con serie BV1511008 no cumple con los parámetros, por lo que se realizó concepto de baja. | 30/12/2025 | Actividad no programada para el 2do trimestre, sin embargo el contrato de calibraciones se encuentra en ejecución |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | CAPACITACIÓN ENFOCADA EN EL USO CORRECTO DE ELECTROBISTURÍ<br>PERIODICIDAD: ANUAL DE ACUERDO A CRONGORAMA<br>QUIEN: INGENIEROS BIOMEDICOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el | control deja un registro permite evidencia la ejecución | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | | CAPACITACIÓN ENFOCADA EN EL USO CORRECTO DE ELECTROBISTURÍ | INGENIEROS BIOMÉDICOS | ANUAL | 30/03/2025 | El 14 de enero se realizó capacitacón en el uso seguro de el electrobisturí: Uso, limpieza y desinfección al servicio de salas de cirugía, se adjunta acta de capacitación con análisis de medición de | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE |
| 141 | **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 | 100% | MODERADO | | ALTA | 1 | REALIZAR SOCIALIZACIÓN A CLIENTE INTERNO EN EL MANEJO ADECUADO DE CAMAS HOSPITALARIAS<br>PERIODICIDAD: ANUAL DE ACUERDO A CRONOGRAMA<br>QUIEN: INGENIEROS BIOMEDICOS<br>EVIDENCIA: SOPORTE DE SOCIALIZACIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR | REALIZAR SOCIALIZACIÓN A CLIENTE INTERNO EN EL MANEJO ADECUADO DE CAMAS HOSPITALARIAS | INGENIEROS BIOMÉDICOS | ANUAL | 30/03/2025 | Durante el mes de febrero se realizó capacitación a personal de enfermería de la institución, se adjunta acta de capacitación con medición de adherencia | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | REALIZAR SOCIALIZACIÓN A USUARIOS Y FAMILIARES EN EL USO ADECUADO DE CAMAS HOSPITALARIOS<br>QUIEN: PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: REGISTRO DE ASISTENCIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | | REALIZAR SOCIALIZACIÓN A USUARIOS Y FAMILIARES EN EL USO ADECUADO DE CAMAS HOSPITALARIOS | INGENIEROS BIOMÉDICOS | MENSUAL | 30/03/2025 | el servicio de hotelería realiza socialización sobre el buen manejo y uso de las camas hospitalarias. adjunto evidencia de los soportes, y las demás reposan en la oficina de servicios generales. | 30/06/2025 | se realizo socialización al paciente y a familiar del adecuado uso de las camas | 30/09/2025 | el servicio de hotelería realiza socialización sobre el buen manejo y uso de las camas hospitalarias. adjunto evidencia de los soportes, y las demás reposan en la oficina de servicios generales. | 30/12/2025 | el servicio de hotelería realiza socialización sobre el buen manejo y uso de las camas hospitalarias. adjunto evidencia de los soportes, y las demás reposan en la oficina de servicios generales. |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS<br>QUIEN: INGENIEROS BIOMEDICOS<br>PERIODICIDAD: A DEMANDA | CORRECTIVO 10% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el | control deja un registro permite evidencia la ejecución | 36% | BAJA | 45% | MODERADO | | | MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS DE LAS CAMAS HOSPITALARIAS | INGENIEROS BIOMÉDICOS | A DEMANDA | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre se atienderon 117 solicitudes por mantenimiento correctivo de camas hospitalarias, siendo frecuente el daño por bisagras rotas y daño en control. | 30/06/2025 | Durante el mes de junio se atienderon 31 solicitudes por mantenimiento correctivo de camas hospitalarias, siendo frecuente el daño por bisagras rotas y daño en control. | 30/09/2025 | Durante el mes de agosto se atienderon 30 solicitudes por mantenimiento correctivo de camas hospitalarias, siendo frecuente el daño por bisagras rotas y daño en control. | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre, se atendieron 88 solicitudes por mantenimiento correctivo, siendo frecuente el daño por bisagras rotas y daños en control |
| 142 | **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<br>EQUIPO BIOMEDICO 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 ERRONEOS<br>DIAGNOSTICO INADEUCADO<br>MEDICACIÓN INCORRECTA | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | | ALTA | 1 | REALIZACIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL MONITOR DE SIGNOS VITALES<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>QUIEN: INGENIEROS BIOMEDICOS<br>EVIDENCIA: SOPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR | REALIZACIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO AL MONITOR DE SIGNOS VITALES | INGENIEROS BIOMÉDICOS | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre se realizó mantenimiento preventivo a los monitores de signos vitales de los servicios de hospitalización 5 piso, salas de cirugía, UCI 4 piso y urgencias adulto, se adjunta matrices de mantenimiento por servicio con descripción de actividades ejectuadas | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre se realizó mantenimiento preventivo a los monitores de signos vitales de los servicios de ambulancias, UCI'S, urgencias y hospitalización, se adjunta matrices de mantenimiento por servicio con descripción de actividades ejectuadas | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre se realizó mantenimiento preventivo a los monitores de signos vitales de los servicios de ambulancias, UCI'S, urgencias y hospitalización, se adjunta matrices de mantenimiento por servicio con descripción de actividades ejectuadas | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre se realizó mantenimiento preventivo a los monitores de signos vitales de los servicios de ambulancias, UCI'S, urgencias y hospitalización, se adjunta matrices de mantenimiento por servicio con descripción de actividades ejectuadas |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | CALIBRACIÓN DE LOS MONITORES DE SIGNOS VITALES<br>PERIODICIDAD: ANUAL<br>QUIEN: INGENIEROS BIOMEDICOS<br>EVIDENCIA: SOPORTE DE CALIBRACIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | | CALIBRACIÓN DE LOS MONITORES DE SIGNOS VITALES | INGENIEROS BIOMÉDICOS | ANUAL | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/12/2025 | A la fecha, se han calibrado 77 de 153 equipos, de los cuales se encontraron las siguientes novedades<br>1. Certificado 4792 con datos mal diligenciados<br>2. Certificado 5056 presenta inconsistencias en la tabla de pruebas de simulaciones para presiones no invasivas.<br>3. Se encontraron 4 equipos que no pasan calibración, pertenecientes a los servicios de salas de cirugías y de urgencias pediatricas, los cuales se realizará concepto de baja.<br>Tales novedades fueron reportadas a contratista de calibraciones. |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | GUÍA RÁPIDA DEL EQUIPO QUE GARANTICE LAS INSTRUCCIONES DE MANEJO DEL EQUIPO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el | control deja un registro permite evidencia la ejecución | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | | GUÍA RÁPIDA DEL EQUIPO QUE GARANTICE LAS INSTRUCCIONES DE MANEJO DEL EQUIPO | INGENIEROS BIOMÉDICOS | PERMANENTE | 30/03/2025 | Se inicia verificación de guías rápidas de monitor de signos vitales, generando actualización y modificación de los mismos | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE |
| | | | | | | | | | | | | | | 4 | CAPACITACIÓN ENFOCADA EN EL USO CORRECTO DE MONITOR DE SIGNOS VITALES<br>PERIODICIDAD: ANUAL DE ACUERDO A CRONGORAMA<br>QUIEN: INGENIEROS BIOMEDICOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución | 18% | BAJA | 60% | MODERADO | | | CAPACITACIÓN ENFOCADA EN EL USO CORRECTO DE MONITOR DE SIGNOS VITALES | INGENIEROS BIOMÉDICOS | ANUAL | 30/03/2025 | Durante el mes de abril se realizó capacitación en el uso de seguro de la tecnología enfocada a monitor de signos vitales, se adjunta acta de capacitación | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE |
| 143 | **GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / BIOMÉDICO** | REPUTACIONAL | FALLAS PROPIAS DEL EQUIPO POR FALTA DE MANTENIMIENTO DE LOS VENTILADORES MECANICOS | MANIPULACIÓN INADECUADA DE LOS VENTILADORES MECANICANICOS POR DESCONOCIMIENTO<br>EQUIPO BIOMEDICO PRIORIZADO POR MAYOR REPORTE EN MANTENIMIENTOS CORRECTIVOS PARA LOS PROCESOS DE UCIS, URGENCIAS REANIMACIÓN Y HOSPITALIZACIÓN 5 PISO | POSIBILIDAD DE EVENTO ADVERSO POR FALLAS EN VENTILADORES MECÁNICOS Y/O DE TRANSPORTE | DAÑO AL PACIENTE E INCLUSO MUERTE DEL PACIENTE | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | | ALTA | 1 | REALIZACIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A LOS VENTILADORES MECÁNICOS<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>QUIEN: INGENIEROS BIOMEDICOS<br>EVIDENCIA: SOPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR | REALIZACIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A LOS VENTILADORES MECÁNICOS | INGENIEROS BIOMÉDICOS | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre se realizó mantenimiento preventivo de los ventiladores pertenecientes a los servicios de urgencias, UCI 4 piso y UCI 5 piso de acuerdo a lo establecido en el protocolo por fabricante | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre se realizó mantenimiento preventivo de los ventiladores pertenecientes a los servicios de urgencias, UCI 4 piso y UCI 5 piso de acuerdo a lo establecido en el protocolo por fabricante | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre se realizó mantenimiento preventivo de los ventiladores pertenecientes a los servicios de urgencias, UCI 4 piso y UCI 5 piso de acuerdo a lo establecido en el protocolo por fabricante | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre se realizó mantenimiento preventivo de los ventiladores pertenecientes a los servicios de urgencias, UCI 4 piso y UCI 5 piso de acuerdo a lo establecido en el protocolo por fabricante |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | CALIBRACIÓN DE VENTILADORES MECÁNICOS<br>PERIODICIDAD: ANUAL<br>QUIEN: INGENIEROS BIOMEDICOS<br>EVIDENCIA: SOPORTE DE CALIBRACIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | | CALIBRACIÓN DE VENTILADORES MECÁNICOS | INGENIEROS BIOMÉDICOS | ANUAL | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/12/2025 | A la fecha se realizó la calibración de 23 de 55 ventiladores, sin novedad alguna respecto a los reportes emitidos.<br>El contratista genera cargue de los soportes a drive para seguimiento a los mismos. |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | GUÍA RÁPIDA DEL EQUIPO QUE GARANTICE LAS INSTRUCCIONES DE MANEJO DEL USO CORRECTO DE LOS VENTILADORES MECÁNICOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el | control deja un registro permite evidencia la ejecución | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | | GUÍA RÁPIDA DEL EQUIPO QUE GARANTICE LAS INSTRUCCIONES DE MANEJO DEL USO CORRECTO DE LOS VENTILADORES | INGENIEROS BIOMÉDICOS | PERMANENTE | 30/03/2025 | Teniendo en cuenta los ventiladores pertenecientes a la institución, se adjuntan las guías rápidas dispuestas por marca y modelo. | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE |
| | | | | | | | | | | | | | | 4 | CAPACITACIÓN ENFOCADA EN EL USO CORRECTO DE LOS VENTILADORES MECÁNICOS<br>PERIODICIDAD: ANUAL DE ACUERDO A CRONGORAMA<br>QUIEN: INGENIEROS BIOMEDICOS<br>EVIDENCIA: SOPORTE DE CAPACITACIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 18% | BAJA | 60% | MODERADO | | | CAPACITACIÓN ENFOCADA EN EL USO CORRECTO DE LOS VENTILADORES MECÁNICOS | INGENIEROS BIOMÉDICOS | ANUAL | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/12/2025 | Durante el mes de agosto se realizó capacitación de uso seguro de ventiladores: uso, limpieza y desinfección, se adjunta acta con análisis de la adherencia del personal asistencial |

Hospital San Rafael de Fusagasugá
"Hospital humano, hospital comprometido"

Código y Versión
PL-FT-12 V03
Página

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

**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

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 144 | **GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / BIOMÉDICO** | REPUTACIONAL | USO INCORRECTO<br>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 | 100% | MODERADO | | ALTA |
| 145 | **GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / HOTELERÍA HOSPITALARIA / LAVANDERÍA** | REPUTACIONAL | FALTA DE LOS INSUMOS PARA LAVADO Y ASEPSIA<br>INSUFICIENCIA DE PERSONAL PARA LA EJECUCIÓN DE LAS LABORES<br>FALLAS EN LOS EQUIPOS DE LAVANDERÍA<br>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<br>IMPACTO SOBRE LA IMAGEN INSTITUCIONAL INCOMODIDAD Y MALESTAR PARA LOS PACIENTES | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 146 | **GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / HOTELERÍA HOSPITALARIA / LAVANDERÍA** | REPUTACIONAL | FALTA DE LOS INSUMOS PARA LAVADO Y ASEPSIA<br>INSUFICIENCIA DE PERSONAL PARA LA EJECUCIÓN DE LAS LABORES<br>FALLAS EN LOS EQUIPOS DE LAVANDERÍA<br>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<br>Riesgo de exposición a riesgos de contaminación | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 147 | **GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / HOTELERÍA HOSPITALARIA / COSTURERO** | REPUTACIONAL | DEMORAS EN LA COMPRA DE LOS INSUMOS<br>MANTENIMIENTO INOPORTUNO DE LAS MAQUINAS<br>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<br>Impacto en la percepción de calidad del hospital | EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 0,6 | ALTA |
| 148 | **GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / ARCHIVO** | REPUTACIONAL | Desorganización de los archivos | Desconocimiento de la normatividad, apatía en los temas archivísticos | POSIBILIDAD DE PERDIDA DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL | Incumplimiento normativo<br>Procesos jurídicos contra la institución | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | MEDIA | 60% | MODERADO | 60% | MODERADO |
| 149 | **GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / CORRESPONDENCIA** | REPUTACIONAL | Tiempos de respuesta fuera de los términos determinados para recepción y direccionamiento de los documentos.<br>Divulgación de la información al buscar el área competente para el direccionamiento del documento.<br>* retraso en los procesos o necesidad de adelantar reprocesos<br>-Quejas, reclamos frente a la prestación del servicio | Incumplimiento de la normatividad vigente, ventanilla única de correspondencia.<br>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 | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |
| 150 | **GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / ACTIVOS FIJOS** | ECONOMICO | 1. NO CUMPLIMIENTO DE PROCESOS DE TRASLADOS O BAJAS DE ACTIVOS FIJOS.<br>2. DÉBIL SELECCIÓN DE PERSONAL IDÓNEO PARA EL MANEJO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS<br>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 | 100% | MODERADO | 60% | ALTA |

**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 | No CONTROL | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | ATRIBUTOS TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 144 | 1 | REALIZACIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE DESFIBRILADORES<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>QUIEN: INGENIEROS BIOMEDICOS<br>EVIDENCIA: SOPORTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR |
| 144 | 2 | CALIBRACIÓN DE DESFIBRILADORES<br>PERIODICIDAD: ANUAL<br>QUIEN: INGENIEROS BIOMEDICOS<br>EVIDENCIA: SOPORTE DE CALIBRACIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 144 | 3 | GUÍA RÁPIDA DEL EQUIPO QUE GARANTICE LAS INSTRUCCIONES DE MANEJO DEL USO CORRECTO DE LOS DESFIBRILADORES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 144 | 4 | CAPACITACIÓN ENFOCADA EN EL USO CORRECTO DE DESFIBRILADORES<br>PERIODICIDAD: ANUAL DE ACUERDO A CRONGORAMA<br>QUIEN: INGENIEROS BIOMEDICOS<br>EVIDENCIA: SOPORTE DE CAPACITACIÓN | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 18% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 145 | 1 | CLASIFICACIÓN CORRECTA DE ROPA HOSPITALARIA DE ALTA Y BAJA SUCIEDAD<br>QUIEN: LAVANDERO<br>PERIODICIDAD: DIARIA<br>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<br>PARA QUE: PARA CLASIFICAR ROPA HOSPITALARIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 145 | 1 | CLASIFICACIÓN DE ROPA HOSPITALARIA HÚMEDA POR TIPO (COBIJAS, ROPA CRESPA, LISA) LUEGO DE LAVADO CON EL FIN DE IDENTIFICAR SUCIEDAD EN PRENDAS<br>QUIEN: AUXILIAR DE LAVANDERÍA<br>PERIODICIDAD: DIARIA<br>COMO: MEDIANTE LA CLASIFICACIÓN DE ROPA HOSPITALARIA POR PRENDA (COBIJAS, ROPA ENCAUCHADA, LISAS, PEQUEÑA Y TOALLAS)<br>PARA QUE: EVITAR DETERIORO DE PRENDAS Y GASTOS INNECESARIOS DE INSUMOS | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 34% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 145 | 3 | CLASIFICACIÓN DE ROPA HOSPITALARIA SECA POSTERIOR AL SECADO<br>QUIEN: AUXILIAR DE LAVANDERÍA<br>PERIODICIDAD: DIARIA<br>COMO: MEDIANTE LA CLASIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE ROPA HOSPITALARIA UNA VEZ SALE DEL SECADO<br>PARA QUE: PARA DETECTAR ROPA SIN LA DEBIDA ASEPSIA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 24% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 145 | 4 | REPROCESO DE LAVADO DE ROPA HOSPITALARIA IDENTIFICADA CON SUCIEDAD DURANTE LOS CONTROLES ANTERIORES<br>QUIEN LAVANDERO<br>PERIODICIDAD: DIARIA:<br>EVIDENCIA: CONTEO DE ROPA DE REPROCESO<br>PARA QUE : ENTREGA ROPA ROTA PARA RESTAURACIÓN A COSTUREO O DADA DE BAJA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 16% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 146 | 1 | SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE ROPA HOSPITALARIA MEDIANTE FORMATO "ENTREGA DE ROPA LIMPIA"<br>QUIEN: REFERENTE DE LAVANDERIA<br>PERIODICIDAD: DIARIA<br>EVIDENCIA: FORMATO "ENTREGA DE ROPA HOSPITALARIA"<br>PARA QUE: EVITAR INOPORTUNIDAD DE ENTREGA DE ROPA HOSPITALARIA QUE IMPIDA LA PRESTACIÓN DE ALGÚN SERVICIO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 146 | 2 | PRIORIZACIÓN DE SERVICIOS QUE REQUIEREN SUMISITO DE ROPA HOSPITALARIA<br>QUIEN: REFERENTE DE LAVANDERÍA<br>PERIODICIDAD: A DEMANDA O CADA QUE SE IDENTIFIQUE FALTANTE DE ROPA EN ALGÚN SERVICIO<br>EVIDENCIA: FORMATO DE ENTREGA DE ROPA EN ALGÚN SERVICIO<br>PARA QUE: SUMINISTRAR ROPA | CORRECTIVO 10% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 25% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 45% | MODERADO | | |
| 147 | 1 | ESTUDIO DE NECESIDADES PARA LA COMPRA DE INSUMOS Y TELAS, Y EL MARCADO DE ROPA, Y SOLICITUD DE MANTENIMIENTO<br>QUIEN: REFERENTE DE LAVANDERÍA<br>PERIODICIDAD: ANUAL<br>EVIDENCIA: ESTUDIO DE NECESIDADES<br>PARA QUE: GARANTIZAR LA COMPRA DE LOS INSUMOS, TELAS. Y MARCADO DE LA ROPA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 147 | 2 | SEGUIMIENTO A LA PRODUCCIÓN DE ROPA HOSPITALARIA NUEVA PRODUCIDA EN EL COSTURERO<br>QUIEN: REFERENTE DE LAVANDERÍA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: FORMATO PRODUCCIÓN DE LAVANDERÍA CONFECCIÓN Y DISTRIBUCIÓN CON CÓDIGO SG-FT-02<br>PARA QUE: IDENTIFICAR LA PRODUCCIÓN DE ROPA DE ACUERDO A NECESIDADES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 147 | 3 | INVENTARIO DE ROPA INSTITUCIONAL<br>QUIEN: LAVANDERÍA EN COORDINACIÓN CON HOTELERÍA Y JEFES DE CADA SERVICIO<br>PERIODICIDAD: ANUAL<br>EVIDENCIA: INVENTARIO<br>PARA QUE: IDENTIFICAR FALTANTE DE ROPA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 20% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 148 | 1 | SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIONES EN LOS INSTRUMENTOS ARCHIVÍSTICOS DE LA ENTIDAD A TODAS LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE INFORMACIÓN<br>QUIEN: REFERENTE DE ARCHIVO<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: LISTADOS DE ASISTENCIA, INFORME | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 148 | 2 | SEGUIMIENTO A LAS OFICINAS PRODUCTORAS DE INFORMACIÓN<br>QUIEN: REFERENTE DE ARCHIVO<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: LISTADO DE ASISTENCIA, REGISTRO FOTOGRÁFICO, INFORME | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 148 | 3 | INVENTARIO DE HISTORIAS CLÍNICAS Y ANEXOS RECEPCIONADAS EN EL ARCHIVO DE LOS DIFERENTES SERVICIOS<br>QUIEN: COLABORADORES DE ARCHIVO<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE INVENTARIO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 13% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 149 | 1 | VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS RECEPCIONADAS VS LOS ENTREGADOS<br>QUIEN: COLABORADORES DE CORRESPONDENCIA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: BASE DE DATOS DEL APLICATIVO PROGRAMA DE VENTANILLA ÚNICA DE CORRESPONDENCIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 149 | 2 | CAPACITAR A LOS FUNCIONARIOS Y COLABORADORES EN TEMAS DE CORRESPONDENCIA Y ATENCIÓN AL USUARIO<br>QUIEN: REFERENTE DE CORRESPONDENCIA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: LISTADOS DE ASISTENCIA, INFORME | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 150 | 1 | SEGUIMIENTO A TOMA FISICA DE ACTIVOS FIJOS DE LA ENTIDAD<br>QUIEN: ACTIVOS FIJOS<br>PERIODICIDAD: ANUAL<br>EVIDENCIA: INFORME DE ACTIVOS POR CADA DEPENDENCIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 150 | 2 | PLAQUETEO MEDIANTE CÓDIGO QR A LOS ACTIVOS DE LA ESE CON EL FIN DE IDENTIFICAR EL INVENTARIO REAL DE LOS ACTIVOS<br>QUIEN: ACTIVOS FIJOS<br>PERIODICIDAD: DIARIO<br>EVIDENCIA: MATRIZ DE ACTIVOS FIJOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 150 | 3 | SEGUIMIENTO A CAMBIO DE RESPONSABLE DE CUSTODIA DE ACTIVOS FIJOS<br>QUIEN: ACTIVOS FIJOS<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: INFORME DE RESPONSABLES ACTUALIZADO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | |

**PLAN DE ACCION:** se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia.

| REFERENCIA | No CONTROL | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD | 1 TRIMESTRE | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025 | |
| | | | | | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
| 144 | 1 | REALIZACIÓN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE DESFIBRILADORES | INGENIEROS BIOMÉDICOS | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | Durante el primer trimestre se da cumplimiento al mantenimiento preventivo a los desfibriladores de acuerdo a protocolo indicado por fabricante, se adjunta matriz de mantenimimiento |
| 144 | 2 | CALIBRACIÓN DE DESFIBRILADORES | INGENIEROS BIOMÉDICOS | ANUAL | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE |
| 144 | 3 | GUÍA RÁPIDA DEL EQUIPO QUE GARANTICE LAS INSTRUCCIONES DE MANEJO DEL USO CORRECTO DE LOS DESFIBRILADORES | INGENIEROS BIOMÉDICOS | PERMANENTE | 30/03/2025 | Teniendo en cuenta los desfibriladores pertenecientes a la institución, se adjuntan las guías rápidas dispuestas por marca y modelo.<br>1. Schiller DEFIGARD 4000<br>2. Primedic XD110XE<br>3. Mediana D500<br>4. Mindray Beneheart D3 |
| 144 | 4 | CAPACITACIÓN ENFOCADA EN EL USO CORRECTO DE DESFIBRILADORES | INGENIEROS BIOMÉDICOS | ANUAL | 30/03/2025 | Durante el mes de marzo se realizó capacitación de uso seguro de desfibriladores: uso, limpieza y desinfección, se adjunta acta con análisis de la adherencia del personal asistencial |
| 145 | 1 | REALIZAR CLASIFICACIÓN CORRECTA DE ROPA HOSPITALARIA DE ALTA Y BAJA SUCIEDAD | LAVANDERO | DIARIA | 30/03/2025 | Realización de 1.365 procesos de lavado de ropa durante el primer trimestres de la vigencia 2025.<br>de los cuales corresponden 182 procesos (13%) de lavado a ropa de alta suciedad y 1143 procesos (87 %) a baja suciedad |
| 145 | 1 | REALIZAR CLASIFICACIÓN DE ROPA HOSPITALARIA HÚMEDA POR TIPO (COBIJAS, ROPA CRESPA, LISA) LUEGO DE LAVADO CON EL FIN DE IDENTIFICAR SUCIEDAD EN PRENDAS | AUXILIAR DE LAVANDERÍA | DIARIA | 30/03/2025 | Durante este trimestre se lavaron 136.916 prendas, de las cuales durante la revisión antes de secado se devuelven 2.518 prendas húmedas; lo que corresponde al 2% de la producción el trimestre |
| 145 | 3 | REALIZAR CLASIFICACIÓN DE ROPA HOSPITALARIA SECA POSTERIOR AL SECADO | AUXILIAR DE LAVANDERÍA | DIARIA | 30/03/2025 | Durante este trimestre se lavaron 136.916 prendas, de las cuales durante la revisión luego de secado para realizar planchado o doblado se devuelven 15.318 prendas secas para re proceso; lo que corresponde al 11% de la producción el trimestre |
| 145 | 4 | REPROCESO DE LAVADO DE ROPA HOSPITALARIA IDENTIFICADA CON SUCIEDAD DURANTE LOS CONTROLES ANTERIORES | LAVANDERO | DIARIA | 30/03/2025 | El reproceso para este primer trimestre vigencia 2025 fue de 17.914 prendas |
| 146 | 1 | SEGUIMIENTO A LA ENTREGA DE ROPA HOSPITALARIA MEDIANTE FORMATO "ENTREGA DE ROPA LIMPIA" | REFERENTE DE LAVANDERÍA | DIARIA | 30/03/2025 | Realización de 39 entregas al almacén de diferentes prendas de ropa nueva para los diferentes servicios de la institución, durante el primer trimestre de la vigencia 2025 |
| 146 | 2 | PRIORIZACIÓN DE SERVICIOS QUE REQUIEREN SUMINISTRO DE ROPA HOSPITALARIA | REFERENTE DE LAVANDERÍA | A DEMANDA O CADA QUE SE IDENTIFIQUE FALTANTE DE ROPA EN ALGÚN SERVICIO | 30/03/2025 | Existe formato de conteo diario de ropa de cama en los servicio el cual se realiza sobre las 6 a.m. de la mañana todos los días para detectar escases de ropa en servicios y para respuesta del mismo se realiza entrega mediante hora y firma según formato de lavandería entrega de ropa limpia.<br>A lugar como muestreo para el día 16 de febrero-25 ( 6:30 a.m.) se evidencia que faltaba ropa en el servicio de medicina interna y se dio respuesta de suministro de la mismas (8:39 a.m.) con firma de recibido. |
| 147 | 1 | ESTUDIO DE NECESIDADES PARA LA COMPRA DE INSUMOS Y TELAS, Y EL MARCADO DE ROPA, Y SOLICITUD DE MANTENIMIENTO | REFERENTE DE LAVANDERÍA | MENSUAL | 30/03/2025 | Se presenta estudio de necesidades del marcado de ropa vigencia 2025 |
| 147 | 2 | SEGUIMIENTO A LA PRODUCCIÓN DE ROPA HOSPITALARIA NUEVA PRODUCIDA EN EL COSTURERO | REFERENTE DE LAVANDERÍA | MENSUAL | 30/03/2025 | Realización de 39 entregas al almacén de diferentes prendas de ropa nueva para los diferentes servicios de la institución, durante el primer trimestre de la vigencia 2025 |
| 147 | 3 | REALIZAR INVENTARIO DE ROPA INSTITUCIONAL | LAVANDERÍA EN COORDINACIÓN CON HOTELERÍA Y JEFES DE CADA SERVICIO | ANUAL | 30/03/2025 | Realización de inventario de ropa hospitalaria el 12 de febrero del 2025, donde se cuentan mas de 7800 prendas útiles en el hospital y 143 dadas de baja por obsolescencia. |
| 148 | 1 | REALIZAR SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIONES EN LOS INSTRUMENTOS ARCHIVÍSTICOS DE LA ENTIDAD A TODAS LAS UNIDADES PRODUCTORAS DE INFORMACIÓN | REFERENTE DE ARCHIVO | SEMESTRAL | 30/03/2025 | Se realiza el registro del acta de capacitación a los lideres de las áreas relacionadas que están realizando organización sus archivos, y a la vez aplican instrumentos archivísticos tales como tablas documentales, eliminación de metales, inventario fuid, codificación y rotulado entre otras |
| 148 | 2 | SEGUIMIENTO A LAS OFICINAS PRODUCTORAS DE INFORMACIÓN | REFERENTE DE ARCHIVO | SEMESTRAL | 30/03/2025 | Se convoca a los jefes y lideres responsables de cada proceso asistencial para realizar socialización del avance obtenido con la correcta depuración que se está realizando desde cada servicio asistencial, y se solicita la continuación del mejoramiento en las entregas de los paquetes archivísticos con las recomendaciones para disminuir la utilización de papel.<br>Se está realizando acompañamiento en las recolecciones diarias donde se reitera la información del completo diligenciamiento de los consentimientos informados y la correcta depuración |
| 148 | 3 | INVENTARIO DE HISTORIAS CLÍNICAS Y ANEXOS RECEPCIONADAS EN EL ARCHIVO DE LOS DIFERENTES SERVICIOS | COLABORADORES DE ARCHIVO | SEMANAL | 30/03/2025 | Se realiza el consolidado en RF-AR-FT-09 V01 FORMATO INVENTARIO RECOLECCIÓN HISTORIA CLINICA Y ANEXOS, de la recolección de las historias clínicas generadas por los diferentes servicios asistenciales E.S.E HOSPITAL SAN RAFEL de las semanas de enero, febrero y marzo; para este trimestre |
| 149 | 1 | VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS RECEPCIONADAS VS LOS ENTREGADOS | COLABORADORES DE CORRESPONDENCIA | MENSUAL | 30/03/2025 | Se realiza el control de los documentos recepcionados y entregados por medio del formato que se adjunta, este nos permite identificar si se presenta algún tipo de demora en la entrega, el cual se manifiesta que no hay ninguna demora, se entrega en dos horarios tales como: 11 am y 3 pm recorrido normal y en caso de documento urgente se realiza la entrega de manera inmediata. |
| 149 | 2 | CAPACITAR A LOS FUNCIONARIOS Y COLABORADORES EN TEMAS DE CORRESPONDENCIA Y ATENCIÓN AL USUARIO | REFERENTE DE CORRESPONDENCIA | SEMESTRAL | 30/03/2025 | Se adjunta planilla de asistencia de los colaboradores correspondiente a la capacitación en atención al usuario y manejo de correspondencia digital en la plataforma ALMERA. |
| 150 | 1 | SEGUIMIENTO AL INVENTARIOS DE LOS ACTIVOS DE LA ESE MEDIANTE SELECTIVAS A LOS SERVICIOS | ACTIVOS FIJOS | MENSUAL | 30/03/2025 | DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2025 EL PROCESO DE LA TOMA FÍSICA DE ACTIVOS FIJOS DE LA ENTIDAD, SE REALIZA DE MANERA MENSUAL SIGUIENDO EL CRONOGRAMA DE PROGRAMACIÓN DE LOS SERVICIOS, SIGUIENDO DINÁMICA GERENCIAL MEDIDA QUE SE SIGUE DESARROLLANDO LA VERIFICACIÓN DE ACTIVOS SEGÚN SUS ESPECIFICACIONES PRECISAS DE PLACA, SERIE Y DEMÁS DETALLES RELEVANTES PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ACTIVOS FIJOS DE LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA. |
| 150 | 2 | PLAQUETEO MEDIANTE CÓDIGO QR A LOS ACTIVOS DE LA ESE CON EL FIN DE IDENTIFICAR EL INVENTARIO | ACTIVOS FIJOS | DIARIO | 30/03/2025 | SE REALIZA CAMBIO DE PLACAS CON IDENTIFICACION DIFERENTE A LA ASIGNADA POR EL SISTEMA DE DINAMICA GERENCIAL. DE IGUAL MANERA SE HACE EL REEMPLAZO DE PLACAS EN ESTADO DE DETERIORO, BORRORAS O QUE SE ESTAN DESPEGANDO DEL ACTIVO. SE HACE EL RESPECTIVO REEMPLAZO DE PLACAS A MEDIDA QUE SE HACE LA RESPECTIVA VERIFICACION EN CADA UNO DE LOS SERVICIOS DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, ATENDIENDO CADA UNA DE LAS PROGRAMACIONES INTERNAS DE SEGUIMIENTO Y REVISION DEL SUBPROCESO. |
| 150 | 3 | DEMARCACIÓN POR COLORES EN SERVICIOS PRIORIZADOS CON EL FIN DE IDENTIFICAR LOS ACTIVOS PROPIOS DE CADA SERVICIO | ACTIVOS FIJOS | DIARIO | 30/03/2025 | SE REALIZA EL SEGUIMIENTO DE LOS BIENES A LOS NUEVOS RESPONSABLES ASIGNADOS, POR MEDIO DEL TRASLADO DE INVENTARIO AL NUEVO RESPONSABLE, DEJANDO EN CUSTODIA LOS BIENES DEL SERVICIO A LA PERSONA ASIGNADA. ASI COMO SE REALIZA LA CAPACITACION Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON TRASLADOS,CUSTODIA Y SOLICITUD DE BAJAS DE BIENES CADA UNO SE REALIZA Y ACTUALIZA POR MEDIO DE DINAMICA GERENCIAL. |

| REFERENCIA | No CONTROL | 2 TRIMESTRE | | 3 TRIMESTRE | | 4 TRIMESTRE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025 | | SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025 | |
| | | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
| 144 | 1 | 30/06/2025 | Durante el segundo trimestre se da cumplimiento al mantenimiento preventivo a los desfibriladores de acuerdo a protocolo indicado por fabricante, se adjunta matriz de mantenimimiento | 30/09/2025 | Durante el tercer trimestre se da cumplimiento al mantenimiento preventivo a los desfibriladores de acuerdo a protocolo indicado por fabricante, se adjunta matriz de mantenimimiento | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre se da cumplimiento al mantenimiento preventivo a los desfibriladores de acuerdo a protocolo indicado por fabricante, se adjunta matriz de mantenimimiento |
| 144 | 2 | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | Durante el mes de septiembre se realizó cargue del soporte de calibración del desfibrilador del servicio de urgencias adultos, sin novedad alguna. Sin embargo, aún no se emiten los reportes por parte del contratista. | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE |
| 144 | 3 | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE |
| 144 | 4 | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE |
| 145 | 1 | 30/06/2025 | El total de procesos de lavadas realizados para el 2do trimestre 2025 fue de 1.413 de los cuales; 283 fueron de Alta suciedad que corresponde al 20%, 1.017 de baja suciedad pertenece al 72% el que es mas relevante dentro de la producción de lavado y 113 procesos que son el 8% de lavados de mediana suciedad | 30/09/2025 | Se adnunta proceso de lavado de ropa durante el tercer trimestre | 30/12/2025 | El total de lavadas realizadas durante el 4to trimestre es de 2025 fue de 1.340 e lo que se puede observar que ; 215 lavadas corresponden al 16% de alta suciedad, 1.054 lavadas de baja suciedad que pertenece al 79% es el de mayor peso para este item y 71 lavadas de media suciedad que son el 5% del total de procesos realizados. |
| 145 | 1 | 30/06/2025 | Para el segundo trimestre de 2025 se procesan en lavandería 139.313 prendas de pacientes, colaboradores y familiares de pacientes, de las cuales durante el primer filtro de calidad aun la ropa húmeda se encuentran para devolución 1.952 prendas correspondiente al 1.40% del total de las prendas procesadas en el trimestre. | 30/09/2025 | Para el tercer trimestre de 2025 se procesan en lavandería 138.655 prendas de pacientes, colaboradores y familiares de pacientes, de las cuales durante el primer filtro de calidad aun la ropa húmeda se encuentran para devolución 1.185 prendas correspondiente al 0.85%% del total de las prendas procesadas en el trimestre, arrojando un resultado de mejora en la disminución en la devolución de prendas húmedas . | 30/12/2025 | Se adnunta proceso de lavado de ropa durante el tercer trimestre |
| 145 | 3 | 30/06/2025 | Para el 2do trimestre se lavaron 139.313 prendas de las cuales durante la segunda revisión de calidad, se determino que existió 11.622 prendas secas de re-proceso lo que corresponde al 8% del total procesado. | 30/09/2025 | Para el 3er trimestre se lavaron 138.655 prendas de las cuales durante la segunda revisión de calidad, se determino que existió 9.331 prendas secas de re-proceso lo que corresponde al 6.73%% del total procesado, denotando una mejora demás del 1.3% en disminución de la devolución del trimestre anterior. | 30/12/2025 | Para el 3er trimestre se lavaron 138.655 prendas de las cuales durante la segunda revisión de calidad, se determino que existió 9.331 prendas secas de re-proceso lo que corresponde al 6.73%% del total procesado, denotando una mejora demás del 1.3% en disminución de la devolución del trimestre anterior. |
| 145 | 4 | 30/06/2025 | El reproceso de prendas devueltas luego de su lavado, para el segundo trimestre del 2025 se puede afirmar que fue de 13.574 prendas lo que corresponde a un 9.76% del total de prendas lavadas siendo estas 139.313 prendas para el trimestre en mención. | 30/09/2025 | El reproceso de prendas devueltas luego de su lavado, para el tercer trimestre del 2025 se puede afirmar que fue de 10.516 prendas lo que corresponde a un 9.76% del total de prendas lavadas siendo estas 138.655 prendas para el trimestre en mención. | 30/12/2025 | El reproceso de prendas devueltas luego de su lavado, para el cuarto del 2025 se puede afirmar que fue de 11.296 prendas lo que corresponde a un 9.76% del total de prendas lavadas siendo estas 138.574 prendas para el trimestre en mención. |
| 146 | 1 | 30/06/2025 | Se realizaron 90 formatos de entrega de ropa limpia, sustentados con firmar y hora de realización de entrega de la ropa limpia a los servicios | 30/09/2025 | Se realizaron 90 formatos de entrega de ropa limpia, sustentados con firmar y hora de realización de entrega de la ropa limpia a los servicios | 30/12/2025 | Se realizaron 92 formatos para el 4 trimestre 2025 donde se evidencia hora, fecha y entrega por tipo de prenda a los diferentes servicios evidenciado en formato diario de ropa limpia . |
| 146 | 2 | 30/06/2025 | Evidencia FORMATOS LAVANDERÍA | 30/09/2025 | Evidencia FORMATOS LAVANDERÍA | 30/12/2025 | Para 12 de nov-25 se solicitar por hotelria priorizar batas pacientes de cirugia.<br>El 6 dic-25 ( 2:53 p.m.) se solicitan tendidos para UCI 4 piso, necesidad que se da respuesta 3. 7 p.m |
| 147 | 1 | 30/06/2025 | Se presento estudio de necesidades para la compra de insumos y telas el 28 de abril mediante oficio N. 13-25. | 30/09/2025 | Solo se realizó solicitud en primer y sefundo trimestre | 30/12/2025 | Solo se realizó solicitud en primer y sefundo trimestre |
| 147 | 2 | 30/06/2025 | Se efectuaron 28 entregas al almacén de diferentes prendas de ropa nueva para todos los servicios de la institución, durante el primer segundo trimestre de la vigencia 2025, con un total del 3.322 prendas en total | 30/09/2025 | Se efectuaron 24 entregas al almacén de diferentes prendas de ropa nueva para todos los servicios de la institución, durante el tercer trimestre de la vigencia 2025. | 30/12/2025 | Se efectuaron 26 entregas al almacén de diferentes prendas de ropa nueva para todos los servicios de la institución, durante el cuarto trimestre de la vigencia 2025. |
| 147 | 3 | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE |
| 148 | 1 | 30/06/2025 | El subproceso de archivo está constantemente recordando los instrumentos archivísticos, no solo a los colaboradores responsables sino también a los subprocesos por donde realizamos las socializaciones correspondientes. | 30/09/2025 | El subproceso Archivo, realiza una serie de socializaciones en temas de instrumentos archivísticos, políticas, manales y demás pertinentes en relación a la Gestión Documental. | 30/12/2025 | Se realiza las reuniones y capacitaciones pertinentes, a los colaboradores de le ESE, en relación a los instrumentos archivísticos, en especial consolidación de las TRD que se están actualizando para el hospital. |
| 148 | 2 | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE |
| 148 | 3 | 30/06/2025 | El Subproceso de Archivo realiza a diario inventario de las diferentes recolecciones de Historias Clínicas en todos los servicios asistenciales, relacionando el ingreso con el paso a paso archivístico con la finalidad de embalaje en la correspondiente carpeta y caja del usuario - paciente de los meses de abril, mayo y junio.<br>se registra en el formato RF-AR-FT-09 V01 FORMATO INVENTARIO RECOLECCIÓN HISTORIA CLINICA Y ANEXOS. | 30/09/2025 | El Subproceso de Archivo realiza a diario inventario de las diferentes recolecciones de Historias Clínicas en todos los servicios asistenciales, relacionando el ingreso con el paso a paso archivístico con la finalidad de embalaje en la correspondiente carpeta y caja del usuario - paciente de los meses de abril, mayo y junio.<br>se registra en el formato RF-AR-FT-09 V01 FORMATO INVENTARIO RECOLECCIÓN HISTORIA CLINICA Y ANEXOS. | 30/12/2025 | Se registra la recolección realizada en el periodo correspondiente |
| 149 | 1 | 30/06/2025 | Realizar la entrega de la correspondencia recibida es la actividad a realizar diario, dejando el soporte de registro de ingreso y la entrega a la correspondiente oficina | 30/09/2025 | Formato institucional donde refleja los movimientos de entradas y entregas de documentos Radicados para las diferentes oficinas de la ESE | 30/12/2025 | se anexa documento de seguimiento y control de entrega de radicados por parte de ventanilla única de correspondencia donde se evidencia los documentos recepcionados. |
| 149 | 2 | 30/06/2025 | Realizar el proceso de socialización recordando la importancia de la buena atención usuario en el subproceso | 30/09/2025 | Para este periodo se realiza la socialización en temas archivísticos y recepción de documentos para usuarios internos (radicados) | 30/12/2025 | Capacitación a colaboradores de le ESE, en relación a los instrumentos archivísticos y atención usuario internos con relación a la producción documental, el manejo, custodia y depuración del mismo. |
| 150 | 1 | 30/06/2025 | DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL 2025 EL PROCESO DE LA TOMA FÍSICA DE ACTIVOS FIJOS DE LA ENTIDAD, SE REALIZA DE MANERA MENSUAL SIGUIENDO EL CRONOGRAMA DE PROGRAMACIÓN DE LOS SERVICIOS, SIGUIENDO DINÁMICA GERENCIAL MEDIDA QUE SE SIGUE DESARROLLANDO LA VERIFICACIÓN DE ACTIVOS SEGÚN SUS ESPECIFICACIONES PRECISAS DE PLACA, SERIE Y DEMÁS DETALLES RELEVANTES PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ACTIVOS FIJOS DE LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA. | 30/09/2025 | DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DEL 2025 EL PROCESO DE LA TOMA FÍSICA DE ACTIVOS FIJOS DE LA ENTIDAD, SE REALIZA DE MANERA MENSUAL SIGUIENDO EL CRONOGRAMA DE PROGRAMACIÓN DE LOS SERVICIOS, SIGUIENDO DINÁMICA GERENCIAL MEDIDA QUE SE SIGUE DESARROLLANDO LA VERIFICACIÓN DE ACTIVOS SEGÚN SUS ESPECIFICACIONES PRECISAS DE PLACA, SERIE Y DEMÁS DETALLES RELEVANTES PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ACTIVOS FIJOS DE LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA. | 30/12/2025 | DURANTE EL CUARTO TRIMESTRE DE LA VIGENCIA 2025, EL PROCESO DE TOMA FÍSICA DE ACTIVOS FIJOS DE LA ENTIDAD SE EJECUTÓ DE MANERA MENSUAL, CONFORME AL CRONOGRAMA DE PROGRAMACIÓN ESTABLECIDO PARA LOS DIFERENTES SERVICIOS. DICHO PROCESO SE DESARROLLÓ EN ARTICULACIÓN CON EL SISTEMA DE DINÁMICA GERENCIAL, PERMITIENDO LA VERIFICACIÓN DETALLADA DE CADA ACTIVO SEGÚN SUS ESPECIFICACIONES, TALES COMO NÚMERO DE PLACA, SERIE Y DEMÁS CARACTERÍSTICAS RELEVANTES PARA SU ADECUADA IDENTIFICACIÓN. ESTAS ACTIVIDADES FORTALECIERON EL CONTROL Y LA CONFIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN PATRIMONIAL DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ, CONTRIBUYENDO A LA MITIGACIÓN DEL RIESGO ASOCIADO A INCONSISTENCIAS EN EL INVENTARIO DE ACTIVOS FIJOS. |
| 150 | 2 | 30/06/2025 | SE REALIZA CAMBIO DE PLACAS CON IDENTIFICACION DIFERENTE A LA ASIGNADA POR EL SISTEMA DE DINAMICA GERENCIAL. DE IGUAL MANERA SE HACE EL REEMPLAZO DE PLACAS EN ESTADO DE DETERIORO, BORRORAS O QUE SE ESTAN DESPEGANDO DEL ACTIVO. SE HACE EL RESPECTIVO REEMPLAZO DE PLACAS A MEDIDA QUE SE HACE LA RESPECTIVA VERIFICACION EN CADA UNO DE LOS SERVICIOS DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, ATENDIENDO CADA UNA DE LAS PROGRAMACIONES INTERNAS DE SEGUIMIENTO Y REVISION DEL SUBPROCESO. | 30/09/2025 | SE REALIZA CAMBIO DE PLACAS CON IDENTIFICACION DIFERENTE A LA ASIGNADA POR EL SISTEMA DE DINAMICA GERENCIAL. DE IGUAL MANERA SE HACE EL REEMPLAZO DE PLACAS EN ESTADO DE DETERIORO, BORRORAS O QUE SE ESTAN DESPEGANDO DEL ACTIVO. SE HACE EL RESPECTIVO REEMPLAZO DE PLACAS A MEDIDA QUE SE HACE LA RESPECTIVA VERIFICACION EN CADA UNO DE LOS SERVICIOS DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, ATENDIENDO CADA UNA DE LAS PROGRAMACIONES INTERNAS DE SEGUIMIENTO Y REVISION DEL SUBPROCESO. | 30/12/2025 | DURANTE EL CUARTO TRIMESTRE SE ADELANTARON ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS FRENTE AL RIESGO RELACIONADO CON LA IDENTIFICACIÓN INADECUADA DE LOS ACTIVOS FIJOS. SE REALIZÓ EL CAMBIO DE PLACAS QUE NO CORRESPONDÍAN A LAS ASIGNADAS POR EL SISTEMA DE DINÁMICA GERENCIAL, ASÍ COMO EL REEMPLAZO DE PLACAS DETERIORADAS, BORROSAS O QUE PRESENTABAN DESPRENDIMIENTO DEL ACTIVO. ADICIONALMENTE, SE IMPLEMENTÓ EL PLAQUETEO DE LOS BIENES DE METAL MEDIANTE LA NUEVA HERRAMIENTA MOTORTUL, LA CUAL PERMITE EL GRABADO PERMANENTE DE LA PLACA CORRESPONDIENTE A CADA BIEN, FORTALECIENDO LA TRAZABILIDAD Y CONTROL DE LOS ACTIVOS. ESTAS ACTIVIDADES SE EJECUTARON DE MANERA PROGRESIVA, CONFORME A LA VERIFICACIÓN REALIZADA EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ, ATENDIENDO LAS PROGRAMACIONES INTERNAS DE SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DEL SUBPROCESO |
| 150 | 3 | 30/06/2025 | SE REALIZA EL SEGUIMIENTO DE LOS BIENES A LOS NUEVOS RESPONSABLES ASIGNADOS, POR MEDIO DEL TRASLADO DE INVENTARIO AL NUEVO RESPONSABLE, DEJANDO EN CUSTODIA LOS BIENES DEL SERVICIO A LA PERSONA ASIGNADA. ASI COMO SE REALIZA LA CAPACITACION Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON TRASLADOS,CUSTODIA Y SOLICITUD DE BAJAS DE BIENES CADA UNO SE REALIZA Y ACTUALIZA POR MEDIO DE DINAMICA GERENCIAL | 30/09/2025 | SE REALIZA EL SEGUIMIENTO DE LOS BIENES A LOS NUEVOS RESPONSABLES ASIGNADOS, POR MEDIO DEL TRASLADO DE INVENTARIO AL NUEVO RESPONSABLE, DEJANDO EN CUSTODIA LOS BIENES DEL SERVICIO A LA PERSONA ASIGNADA. ASI COMO SE REALIZA LA CAPACITACION Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON TRASLADOS, CUSTODIA Y SOLICITUD DE BAJAS DE BIENES CADA UNO SE REALIZA Y ACTUALIZA POR MEDIO DE DINAMICA GERENCIAL | 30/12/2025 | TDURANTE EL CUARTO TRIMESTRE SE REALIZÓ EL SEGUIMIENTO A LOS BIENES ASIGNADOS A NUEVOS RESPONSABLES, MEDIANTE LA EJECUCIÓN OPORTUNA DE LOS TRASLADOS DE INVENTARIO EN EL SISTEMA DE DINÁMICA GERENCIAL, GARANTIZANDO QUE LOS ACTIVOS QUEDARAN DEBIDAMENTE REGISTRADOS BAJO LA CUSTODIA DEL FUNCIONARIO DESIGNADO EN CADA SERVICIO. ADICIONALMENTE, SE LLEVARON A CABO JORNADAS DE CAPACITACIÓN RELACIONADAS CON LOS PROCEDIMIENTOS DE TRASLADO, CUSTODIA Y SOLICITUD DE BAJAS DE BIENES, ASEGURANDO EL ADECUADO CONOCIMIENTO, ESTAS ACCIONES PERMITIERON FORTALECER EL CONTROL SOBRE LOS ACTIVOS, MINIMIZAR EL RIESGO DE PÉRDIDA O USO INADECUADO Y ASEGURAR LA CORRECTA ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN EN EL SISTEMA DE DINÁMICA GERENCIAL |

Hospital San Rafael de Fusagasugá
"Hospital humano, hospital comprometido"

Código y Versión
PL-FT-12 V03
Pagina

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

**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

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | 4 |
| | | | | | | | | | | | | | | 5 |
| 151 | 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<br>INSATISFACCIÓN DEL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| 152 | SERVICIOS GENERALES | REPUTACIONAL | MAL MANEJO DE LOS PRODUCTOS DEL PERSONAL Y PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN | EL PERSONAL NO SIGUE LOS LINEAMIENTOS DE LOS PROCESOS DE DESINFECCIÓN Y LIMPIEZA | POSIBILIDAD DE INFECCIONES ASOCIADAS A UNA INCORRECTA DESINFECCIÓN Y LIMPIEZA DE ÁREAS DE LA ESE | AUMENTO DE INFECCIONES<br>IMPACTO SOBRE LA IMAGEN INSTITUCIONAL<br>AUMENTO DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| 153 | GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / SISTEMAS | ECONOMICO | Apagado Incorrecto<br>Fallas en el Fluido eléctrico<br>No hay acondicionamiento de los equipos en el centro de datos | Fallas en los procesos de restauración de datos<br>Incompatibilidad de programas<br>virus | POSIBILIDAD DE PERDIDA DE INFORMACIÓN POR FALLAS DEL SOFTWARE O HARDWARE DE LOS SERVIDORES | Vulnerabilidad a Ciberataques<br>Perdida de la información institucional<br>Incumplimiento normativo por perdida de información | RIESGO OPERACIONAL | PROCESO | ALTA | 80% | MAYOR | 80% | ALTA | 1 |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| | | | | | | | | | | | | | | 4 |
| 154 | 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<br>No se realizan Backup de toda la información | PROBABILIDAD DE ROBO, ALTERACIÓN Y/O PÉRDIDA DE LA INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD POR ACCESO INDEBIDO DE LA INFORMACIÓN | Perdida de información por rotación del personal<br>Divulgación indebida de la información institucional | FALLAS TECNOLÓGICAS | PROCESO | ALTA | 80% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| 155 | GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / SISTEMAS | ECONOMICO | Daños en los switch y routers | Conflictos de direcciones IP<br>Daños en los switch o routers<br>Infecciones SpyWare | POSIBILIDAD DE FALENCIAS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO POR FALLAS EN LOS RECURSOS DE RED EXISTENTES | Interrupción en la prestación del servicio<br>Pérdida de Datos | FALLAS TECNOLÓGICAS | PROCESO | MEDIA | 60% | MODERADO | 60% | MODERADO | 1 |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| 156 | 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 CONTRIADA 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<br>AFECTACIÓN DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL Y DE LA EMPRESA DE VIGILANCIA | EJECUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROCESOS | PROCESO | MUY ALTA | 100% | LEVE | 20% | ALTA | 1 |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 |
| 157 | GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS / SERVICIO DE VIGILANCIA | ECONOMICO | Falta de recursos económicos del usuario, represalia 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<br>AFECTACIÓN DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL Y DE LA EMPRESA DE VIGILANCIA | USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MENOR | 40% | ALTA | 1 |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| 158 | 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<br>Aumento de costos y complicaciones administrativas | USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 |

**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 | No CONTROL | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | ATRIBUTOS TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 4 | CAPACITACIONES EN EL MANEJO DE ACTIVOS A LOS RESPONSABLES DE ACTIVOS FIJOS<br>QUIEN: ACTIVOS FIJOS<br>PERIODICIDAD: LISTADOS DE ASISTENCIA<br>EVIDENCIA: REGISTRO DE ASISTENCIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 13% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | |
| | 5 | SEGUIMIENTO DE ACTIVOS QUE PASAN POR NECESIDAD A OTRO SERVICIO MEDIANTE FORMATO TRASLADO DE ACTIVOS FIJOS<br>QUIEN: ACTIVOS FIJOS<br>PERIODICIDAD: A DEMANDA<br>EVIDENCIA: INFORME DE TRASLADOS REALIZADO | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 9% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 151 | 1 | EJECUCIÓN DEL PLAN DE MANTENIMIENTO<br>QUIEN: TALENTO HUMANO DE PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO<br>PERIODICIDAD: SEMANAL<br>EVIDENCIA REGISTRO FOTOGRÁFICO, REGISTRO EN FORMATO DE REPORTE DE MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA CON CÓDIGO PE-FT-09 | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 151 | 2 | PRIORIZACIÓN DE SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO A CRITERIOS ESTABLECIDOS EN EL PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO<br>QUIEN: PROFESIONAL PPYE<br>PERIODICIDAD: DIARIA<br>EVIDENCIA: SOLICITUD Y MATRIZ MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA GPL-FT-15 | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 152 | 1 | SUPERVISIÓN DEL PROCESO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN REALIZADA POR PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES<br>QUIEN: JEFE DEL SERVICIO<br>PERIODICIDAD: DIARIO<br>EVIDENCIA: FORMATOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN FIRMADOS POR EL JEFE DEL SERVICIO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR |
| 152 | 2 | CAPACITACIONES AL PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES SOBRE LOS PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LAS ÁREAS DE LA INSTITUCIÓN<br>QUIEN: INGENIERA AMBIENTAL Y EMPRESA LADOINSA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL Y TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: FORMATO DE ASISTENCIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 152 | 3 | SEGUIMIENTO A LOS FORMATOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DILIGENCIADOS POR EL PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES<br>QUIEN: SUPERVISORA DE LADOINSA<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: FORMATOS DILIGENCIADOS Y CONSOLIDADOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 153 | 1 | ACTUALIZACIONES DE LOS SISTEMAS OPERATIVOS<br>QUIEN: SISTEMAS<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: ACTA DE ACTUALIZACIÓN | PREVENTIVO 25% | AUTOMÁTICO: EJECUTADO POR UN SISTEMA 25% | 0% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 80% | ALTA | 80% | MAYOR | ALTA | TRASLADAR /REDUCIR |
| 153 | 2 | BACK UP DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN LOS SISTEMAS<br>QUIEN: SISTEMAS<br>PERIODICIDAD: DIARIO<br>EVIDENCIA: PLANILLA DE VERIFICACIÓN DE GENERAICÓN DE BACK UP | PREVENTIVO 25% | AUTOMÁTICO: EJECUTADO POR UN SISTEMA 25% | 0% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 60% | MEDIA | 80% | MAYOR | | |
| 153 | 3 | PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA BASE DE DATOS EN AMBIENTE NO PRODUCTIVO<br>QUIEN: SISTEMAS<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: PANTALLAZOS DE DINAMICA | PREVENTIVO 25% | AUTOMÁTICO: EJECUTADO POR UN SISTEMA 25% | 0% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 36% | BAJA | 80% | MAYOR | | |
| 153 | 4 | MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS SERVIDORES Y DE LAS UPS QUE SE ENCUENTREN SOPORTANDO EL FLUIDO ELÉCTRICO<br>QUIEN: SISTEMAS<br>EVIDENCIA: FORMATO DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 80% | MAYOR | | |
| 154 | 1 | EVALUACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN EL PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE USUARIOS MEDIANTE BLOQUEO DE USUARIOS QUE TIENEN CONTRASEÑAS DE FÁCIL ACCESO<br>QUIEN: TALENTO HUMANO DE SISTEMAS<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>EVIDENCIA: PANTALLAZOS EN DINAMICA GERENCIAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 48% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR |
| 154 | 2 | CAPACITACIONES DE SENSIBILIZACION A LOS FUNCIONARIO SOBRE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN<br>QUIEN: SISTEMAS<br>PERIODICIDAD: MENSUAL<br>EVIDENCIA: PLANILLA DE ASISTENCIA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 29% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 154 | 3 | DIVULGACIÓN DE PIEZAS GRAFICAS SOBRE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN<br>QUIEN: SISTEMAS<br>CUANDO: MENSUAL<br>EVIDENCIA: PIEZAS GRAFICAS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | ALEATORIA: El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 17% | MUY BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 155 | 1 | VERIFICACIÓN DEL ESTADO DE LAS CONEXIONES DE RED Y EQUIPOS EN PUNTOS PRINCIPALES<br>QUIEN: SISTEMAS<br>PERIODICIDAD: TRIMESTAL<br>EVIDENCIA: FORMATO DE VERIFICACIÓN ESTADO DE CONEXIONES DE RED Y EQUIPOS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 36% | BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR |
| 155 | 2 | IDENTIFICACIÓN Y RESPUESTA A SOLICITUDES INTERPUESTAS POR MESA DE AYUDA DE SISTEMAS<br>QUIEN: SISTEMAS<br>EVIDENCIA: INFORME GENERADO DE LA MESA DE AYUDA<br>PERIODICIDAD: DIARIO E INFORME TRIMESTRAL | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | SIN DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | SIN REGISTRO: El control no deja registro de la ejecución del control | 22% | BAJA | 60% | MODERADO | | |
| 156 | 1 | CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE SALIDA DE PACIENTES, EVIDENCIANDO LA ORDEN DE SALIDA<br>QUIEN: PERSONAL DE VIGILANCIA<br>PERIODICIDAD: DIARIA<br>EVIDENCIA: ORDEN DE SALIDA SOLICITADA A CADA PACIENTE<br>DESVIACIÓN DEL CONTROL: POSIBLE MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 20% | LEVE | BAJO | TRASLADAR /REDUCIR |
| 156 | 2 | RONDAS DE SEGURIDAD REALIZADA A LOS SERVICIOS DE LA INSTITUCION<br>QUIEN: PERSONAL DE VIGILANCIA<br>PERIODICIDAD: DIARIA<br>EVIDENCIA: MINUTA DE RONDA DE SEGURIDAD<br>DESVIACIÓN DEL CONTROL.] POSIBLE MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 36% | BAJA | 20% | LEVE | | |
| 156 | 3 | QUE: CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE VIGILNCIA EN EL PROTOCOLO DE SALIDA DE PACIENTES<br>EVIDENCIA: ACTAS DE CAPACITACIÓN<br>PERIODICIDAD: SEMESTRAL<br>DESVIACIÓN DEL CONTROL: DESCONOCIMIENTO DEL PROTOCOLO DE SALIDA DE PACIENTES | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 22% | BAJA | 20% | LEVE | | |
| 157 | 1 | CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE INGRESO Y SALIDA DE USUARIOS Y COMUNIDAD EN GENERAL, MEDIANTE REGISTRIO DE EQUIPOS INGRESADOS A LA INSTITUCIÓN<br>QUIEN: PERSONAL DE VIGILANCIA<br>PERIODICIDAD: DIARIA<br>EVIDENCIA: MINUTAS DE CONTROL<br>DESVIACIÓN DEL CONTROL: POSIBLE MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 40% | MENOR | MODERADO | TRASLADAR /REDUCIR |
| 157 | 2 | MONITOREO DE CAMARAS CON EL FIN DE EVIDENCIAR ALGUNA ANOMALIA Y REPORTARLA AL PERSONAL DE VIGILANCIA<br>QUIEN: PERSONAL DE VIGILANCIA<br>PERIODICIDAD: DIARIA | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 42% | MEDIA | 40% | MENOR | | |
| 158 | 1 | SUMINISTRO DE DIETAS A LOS PACIENTES DE ACUERDO A LA RELACIÓN ENTREGADO POR NUTRICIÓN<br>QUIEN: JEFES DE CADA SERVICIO<br>PERIODICIDAD: DIARIA<br>EVIDENCIA: FORMATO SUMNISTRO DE DIETAS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR |
| 158 | 2 | AUDITORIA A LOS SERVICIOS CON EL FIN DE EVALUAR LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN EN CADA SERVICIO<br>QUIEN: REFERNTE DE ALIMENTACIÓN<br>PERIODICIDAD: QUINCENAL<br>EVIDENCIA: FORMATO DE AUDITORIA DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 42% | MEDIA | 60% | MODERADO | | |
| 158 | 3 | ANALISIS DE DIETAS SUMINISTRADAS INCORRECTAMENTE DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN DE ACUERDO A LA SOLICITUD POR PARTE DE NUTRICIÓN<br>QUIEN: REFERNTE DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN<br>PERIODICIDAD: DE ACUERDO A LAS DESVIACIONES ENCONTRADAS<br>EVIDENCIA: FORMATO SUMINSTRO DE DIETAS | CORRECTIVO 10% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control | 42% | MEDIA | 42% | MODERADO | | |

**PLAN DE ACCION:** se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia.

| REFERENCIA | No CONTROL | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD | 1 TRIMESTRE – SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025 FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | 2 TRIMESTRE – SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025 FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | 3 TRIMESTRE – SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025 FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | 4 TRIMESTRE – SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025 FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 4 | CAPACITACIONES EN EL MANEJO DE ACTIVOS A LOS RESPONSABLES DE ACTIVOS FIJOS | ACTIVOS FIJOS | MENSUAL | 30/03/2025 | SE REALIZA CADA UNA DE LAS CAPACITACIONES DE ACTIVOS FIJOS, QUE SE TIENEN PROGRAMADAS CON LOS JEFES DE CADA UNO DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES CON EL FIN DE PONER EN CONOCIMIENTO CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE INVOLUCRAN EL MANEJO, CUSTODIA Y BAJA DE LOS ACTIVOS FIJOS DE LA INSTITUCION. | 30/06/2025 | SE REALIZA CADA UNA DE LAS CAPACITACIONES DE ACTIVOS FIJOS, QUE SE TIENEN PROGRAMADAS CON LOS JEFES DE CADA UNO DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES CON EL FIN DE PONER EN CONOCIMIENTO CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE INVOLUCRAN EL MANEJO, CUSTODIA Y BAJA DE LOS ACTIVOS FIJOS DE LA INSTITUCION. | 30/09/2025 | SE REALIZA CADA UNA DE LAS CAPACITACIONES DE ACTIVOS FIJOS, QUE SE TIENEN PROGRAMADAS CON LOS JEFES DE CADA UNO DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES CON EL FIN DE PONER EN CONOCIMIENTO CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE INVOLUCRAN EL MANEJO, CUSTODIA Y BAJA DE LOS ACTIVOS FIJOS DE LA INSTITUCION. | 30/12/2025 | SE REALIZA CADA UNA DE LAS CAPACITACIONES DE ACTIVOS FIJOS, QUE SE TIENEN PROGRAMADAS CON LOS JEFES DE CADA UNO DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES CON EL FIN DE PONER EN CONOCIMIENTO CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE INVOLUCRAN EL MANEJO, CUSTODIA Y BAJA DE LOS ACTIVOS FIJOS DE LA INSTITUCION |
| | 5 | SEGUIMIENTO DE ACTIVOS QUE PASAN POR NECESIDAD A OTRO SERVICIO MEDIANTE FORMATO TRASLADO DE ACTIVOS FIJOS | ACTIVOS FIJOS | A DEMANDA | 30/03/2025 | DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE SE REALIZARON TRASLADOS A DEPENDENCIAS DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL, TENIENDO EN CUENTA SU SOLICITUD DE TRASLADO. | 30/06/2025 | DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE SE REALIZARON TRASLADOS A DEPENDENCIAS DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL, TENIENDO EN CUENTA SU SOLICITUD DE TRASLADO. | 30/09/2025 | DURANTE EL TERCER TRIMESTRE SE REALIZARON LOS TRASLADOS A DEPENDENCIAS DE LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL, TENIENDO EN CUENTA A SU SOLICITUD DE TRASLADO. | 30/12/2025 | DURANTE EL CUARTO TRIMESTRE SE REALIZARON LOS TRASLADOS DE BIENES A LAS DIFERENTES DEPENDENCIAS DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL, ATENDIENDO OPORTUNAMENTE LAS SOLICITUDES DE TRASLADO PRESENTADAS POR CADA ÁREA. ESTAS ACCIONES PERMITIERON MANTENER ACTUALIZADA LA UBICACIÓN Y ASIGNACIÓN DE LOS ACTIVOS, FORTALECIENDO EL CONTROL PATRIMONIAL Y GARANTIZANDO LA CORRECTA CUSTODIA DE LOS BIENES INSTITUCIONALES |
| 151 | 1 | EJECUCIÓN DEL PLAN DE MANTENIMIENTO | TALENTO HUMANO DE PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO | SEMANAL | 30/03/2025 | El mantenimiento preventivo se ha ejecutado con un porcentaje de cumplimiento del 84%. Todas las actividades realizadas han garantizado la continuidad operativa de los servicios hospitalarios. | 30/06/2025 | El mantenimiento preventivo se ha ejecutado con un porcentaje de cumplimiento del 100%. Todas las actividades realizadas han garantizado la continuidad operativa de los servicios hospitalarios y puestos de salud adscritos a la E.S.E. | 30/09/2025 | El mantenimiento preventivo se ha ejecutado con un porcentaje de cumplimiento del 96%. Todas las actividades realizadas han garantizado la continuidad operativa de los servicios hospitalarios y puestos de salud adscritos a la E.S.E. | 30/12/2025 | El mantenimiento preventivo se ha ejecutado con un porcentaje de cumplimiento del 94%. Todas las actividades realizadas han garantizado la continuidad operativa de los servicios hospitalarios y puestos de salud adscritos a la E.S.E. |
| 151 | 2 | PRIORIZACIÓN DE SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO A CRITERIOS ESTABLECIDOS EN EL PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE SOLICITUDES DE MANTENIMIENTO | PROFESIONAL PPYE | DIARIA | 30/03/2025 | Las solicitudes han sido clasificadas y gestionadas utilizando el nivel de priorización ALTA - MEDIA - BAJA. El proceso de priorización garantiza que los recursos disponibles sean utilizados de manera efectiva para abordar las solicitudes más urgentes e importantes, asegurando la continuidad y calidad de los servicios hospitalarios. | 30/06/2025 | Las solicitudes son clasificadas y gestionadas utilizando el nivel de priorización ALTA - MEDIA - BAJA.<br>El proceso de priorización garantiza que los recursos disponibles sean utilizados de manera efectiva para abordar las solicitudes más urgentes e importantes, asegurando la continuidad y calidad de los servicios hospitalarios. | 30/09/2025 | Las solicitudes son clasificadas y gestionadas utilizando el nivel de priorización ALTA - MEDIA - BAJA.<br>El proceso de priorización garantiza que los recursos disponibles sean utilizados de manera efectiva para abordar las solicitudes más urgentes e importantes, asegurando la continuidad y calidad de los servicios hospitalarios. | 30/12/2025 | Las solicitudes son clasificadas y gestionadas utilizando el nivel de priorización ALTA - MEDIA - BAJA.<br>El proceso de priorización garantiza que los recursos disponibles sean utilizados de manera efectiva para abordar las solicitudes más urgentes e importantes, asegurando la continuidad y calidad de los servicios hospitalarios. |
| 152 | 1 | REALIZAR SUPERVISIÓN DEL PROCESO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN REALIZADA POR PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES | JEFE DEL SERVICIO | DIARIO | 30/03/2025 | se realiza supervisión mensualmente a los servicios para garantizar el buen aseo y desinfección de los mismos. se intervienen 8 servicios. | 30/06/2025 | se realiza supervisión mensualmente a los servicios para garantizar el buen aseo y desinfección de los mismos. se intervienen 5 servicios. | 30/09/2025 | Se deja como registro, los formatos de listas de chequeo, de la ronda realizada por los diferentes servicios en el tercer semestre del año. | 30/12/2025 | Se deja como registro, los formatos de listas de chequeo, de la ronda realizada por los diferentes servicios en el cuarto trimestre. |
| 152 | 2 | CAPACITACIONES AL PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES SOBRE LOS PROCESOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LAS ÁREAS DE LA INSTITUCIÓN | INGENIERA AMBIENTAL Y EMPRESA LADOINSA | MENSUAL TRIMESTRAL | 30/03/2025 | el personal de de servicios generales fue capacitado en marzo por gestión ambiental sobre limpieza y desinfección y kit de derrames | 30/06/2025 | El personal de de servicios generales fue capacitado por gestión ambiental sobre limpieza y desinfección. | 30/09/2025 | El personal de servicios generales fue capacitado en el mes de agosto por la ingeniera ambiental sobre: limpieza y desinfección, diluciones de hipoclorito, rotulado y limpieza de traperos, orden en pocetas lava traperos y limpieza de contenedores de residuos y ruta sanitaria. como evidencia queda el acta y las planillas de asistencia firmadas por los colaboradores. | 30/12/2025 | El personal de servicios generales fue capacitado en el mes de octubre, noviembre y diciembre por la ingeniera ambiental sobre: limpieza y desinfección, diluciones de hipoclorito, rotulado y limpieza de traperos, orden en pocetas lava traperos y limpieza de contenedores de residuos, kit de derrames y ruta sanitaria. como evidencia queda el acta y las planillas de asistencia firmadas por los colaboradores. |
| 152 | 3 | SEGUIMIENTO A LOS FORMATOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DILIGENCIADOS POR EL PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES | SUPERVISORA DE LADOINSA | MENSUAL | 30/03/2025 | se realiza el seguimiento y control de los formatos de limpieza y desinfección de todas las areas del hospital con 750 formatos diligenciados, se anexa evidencia y los demás se encuentran archivados en la oficina de servicios generales. | 30/06/2025 | se realiza el seguimiento y control de los formatos de limpieza y desinfección de todas las areas del hospital con 750 formatos diligenciados, se anexa evidencia y los demás se encuentran archivados en la oficina de servicios generales. | 30/09/2025 | Se relacionan los formatos de las evidencias de los registros de limpieza y desinfección del tercer trimestre del año. | 30/12/2025 | No presentan soportes |
| 153 | 1 | ACTUALIZACIONES DE LOS SISTEMAS OPERATIVOS | INGENIERO DE SISTEMAS | SEMESTRAL | 30/03/2025 | Se realizan las actualizaciones correspondientes al sistema dinámica gerencial y el docker para el correcto funcionamiento de cada uno de los módulos y al envío de rips. | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/12/2025 | Se realizan las actualizaciones correspondientes al sistema dinámica gerencial y el docker para el correcto funcionamiento de cada uno de los módulos y al envío de rips. |
| 153 | 2 | DELIMITACIÓN DEL ALMACENAMIENTO DE ARCHIVOS MEDIANTE PERMISOS DE VERIFICACIÓN PARA PERSONAS QUE TENGAN AUTORIZADO EL INGRESO A SERVIDORES | INGENIERO DE SISTEMAS | DIARIO | 30/03/2025 | Se realiza el respectivo backup de la información la cual es almacenada en la NAS institucional la cual es administrada por el área de sistemas: https://128.162.8.213/cgi-bin/ | 30/06/2025 | El proceso de copias de seguridad - Backup se realiza automáticamente y queda almacenada en el 128.162.8.212 | 30/09/2025 | Garantizar la funcionalidad del sistema de información hospitalaria de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá en su sede principal, puestos y centros de salud por medio de la generación de copias de seguridad.<br>Aplica al sistema de información principal de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá | 30/12/2025 | Garantizar la funcionalidad del sistema de información hospitalaria de la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá en su sede principal, puestos y centros de salud por medio de la generación de copias de seguridad. |
| 153 | 3 | PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA BASE DE DATOS EN AMBIENTE NO PRODUCTIVO | INGENIERO DE SISTEMAS | MENSUAL | 30/03/2025 | Se realiza el plan de mantenimietnos de la base de datos del sistema Dinámica Gerencial con el fin de mejorar su procesamiento para la mejora continua de cada uno de sus módulos. | 30/06/2025 | Se configura y se programa plan de mantenimiento mensual para poder mejorar el procesamiento del sistema teniendo en cuenta que este se encuentra alojado en un servidor el cual se satura y es necesario liberar espacio. | 30/09/2025 | Se configura y se programa plan de mantenimiento mensual para poder mejorar el procesamiento del sistema teniendo en cuenta que este se encuentra alojado en un servidor el cual se satura y es necesario liberar espacio. | 30/12/2025 | Se configura y se programa plan de mantenimiento mensual para poder mejorar el procesamiento del sistema teniendo en cuenta que este se encuentra alojado en un servidor el cual se satura y es necesario liberar espacio. |
| 153 | 4 | MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS SERVIDORES Y DE LAS UPS QUE SE ENCUENTREN SOPORTANDO EL FLUIDO ELÉCTRICO | INGENIERO DE SISTEMAS | ANUAL | 30/03/2025 | Se realizan actualizaciones a los servidores que cuentan con el Docker el cual permite el funcionamiento de el envío de la facturación electrónica. | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE |
| 154 | 1 | QUE: EVALUACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN EL PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE USUARIOS MEDIANTE BLOQUEO DE USUARIOS QUE TIENEN CONTRASEÑAS DE FÁCIL ACCESO | INGENIERO DE SISTEMAS | SEMESTRAL | 30/03/2025 | Usuarios depurados teniendo en cuenta que aquellos que tienen contraseña de facil acceso o que no cambian contraseñas al momento del primer ingreso al sistema dinámica gerencial. Dicha información se descarga de un reporte generado mes a mes. | 30/06/2025 | Usuarios depurados teniendo en cuenta que aquellos que tienen contraseña de facil acceso o que no cambian contraseñas al momento del primer ingreso al sistema dinámica gerencial. Dicha información se descarga de un reporte generado mes a mes | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE |
| 154 | 2 | CAPACITACIONES DE SENSIBILIZACION A LOS FUNCIONARIO SOBRE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN | INGENIERO DE SISTEMAS | MENSUAL | 30/03/2025 | De acuerdo con al cronograma establecido apra la rpesente vigencia, se realizan las respectivas capacitaciones relacionadas a seguridad y privacidad de la información. | 30/06/2025 | De acuerdo con al cronograma establecido para la presente vigencia, se realizan las respectivas capacitaciones relacionadas a seguridad y privacidad de la información, dinámica gerencial y manejo de la infraestructura tecnológica. | 30/09/2025 | De acuerdo con al cronograma establecido para la presente vigencia, se realizan las respectivas capacitaciones relacionadas a seguridad y privacidad de la información, dinámica gerencial y manejo de la infraestructura tecnológica. | 30/12/2025 | De acuerdo con al cronograma establecido para la presente vigencia, se realizan las respectivas capacitaciones relacionadas a seguridad y privacidad de la información, dinámica gerencial y manejo de la infraestructura tecnológica. |
| 154 | 3 | DIVULGACIÓN DE PIEZAS GRAFICAS SOBRE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN | INGENIERO DE SISTEMAS | MENSUAL | 30/03/2025 | Se realiza el proceso de solicitud de pieza gráfica a la oficina de prensa y comunicaciones, y dichas piezas se divulgan por los grupos de wpp y cartelera institucional. | 30/06/2025 | Se realiza el proceso de solicitud de pieza gráfica a la oficina de prensa y comunicaciones, y dichas piezas se divulgan por los grupos de wpp y cartelera institucional. | 30/09/2025 | Se realiza el proceso de solicitud de pieza gráfica a la oficina de prensa y comunicaciones, y dichas piezas se divulgan por los grupos de wpp y cartelera institucional. | 30/12/2025 | Se realiza el proceso de solicitud de pieza gráfica a la oficina de prensa y comunicaciones, y dichas piezas se divulgan por los grupos de wpp y cartelera institucional. |
| 155 | 1 | VERIFICACIÓN DEL ESTADO DE LAS CONEXIONES DE RED Y EQUIPOS EN PUNTOS PRINCIPALES | INGENIERO DE SISTEMAS | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | Teniendo en cuenta que dsde sistemas se administra la infraestructura de red en general, tanto para la sede principal como para los puestos de salud, mensualmente se realizan adecuaciones y habilitación de nuevos puntos de red desde la cual se verifica el estado y se ponen en funcionamiento. | 30/06/2025 | Se realiza la administración de la infraestructura de red en general desde la plataforma WIMBOX desde la cual se habilitan y se boquean puntos de red, así como también se dan permisos de acceso a algunas páginas. | 30/09/2025 | Se realiza la administración de la infraestructura de red en general desde la plataforma WIMBOX desde la cual se habilitan y se boquean puntos de red, así como también se dan permisos de acceso a algunas páginas. | 30/12/2025 | Se realiza la administración de la infraestructura de red en general desde la plataforma WIMBOX desde la cual se habilitan y se boquean puntos de red, así como también se dan permisos de acceso a algunas páginas. |
| 155 | 2 | IDENTIFICACIÓN Y RESPUESTA A SOLICITUDES INTERPUESTAS POR MESA DE AYUDA DE SISTEMAS | INGENIERO DE SISTEMAS | TRIMESTRAL | 30/03/2025 | Teniendo en cuenta que sistemas cuenta con una mesa de ayuda por donde los diferentes servicios realizan las solicitudes de acuerdo con la necesidad; mensualmente se descarga de la base de datos el nforme con el detalle de las solicitudes, tiempos de respuesta y su respectiva solución. | 30/06/2025 | Teniendo en cuenta que sistemas cuenta con una mesa de ayuda por donde los diferentes servicios realizan las solicitudes de acuerdo con la necesidad; mensualmente se descarga de la base de datos el nforme con el detalle de las solicitudes, tiempos de respuesta y su respectiva solución. | 30/09/2025 | Usuarios depurados teniendo en cuenta que aquellos que tienen contraseña de facil acceso o que no cambian contraseñas al momento del primer ingreso al sistema dinámica gerencial. Dicha información se descarga de un reporte generado mes a mes | 30/12/2025 | Usuarios depurados teniendo en cuenta que aquellos que tienen contraseña de facil acceso o que no cambian contraseñas al momento del primer ingreso al sistema dinámica gerencial. Dicha información se descarga de un reporte generado mes a mes |
| 156 | 1 | Cumplimiento del protocolo de salida de pacientes, evidenciando la orden de salida | GUARDA DE SEGURIDAD | DIARIA | 30/03/2025 | Se adjunta evidencia sobre el protocolo de ingreso y salida de usuarios, pacientes, administrativos y comunida en general al Hospital. De igual forma se adjunta evidencia del archivo de las ordenes de salida de los pacientes, del primer trimestre de 2025. | 30/06/2025 | Se adjunta evidencia sobre el protocolo de ingreso y salida de usuarios, pacientes, administrativos y comunida en general al Hospital. De igual forma se adjunta evidencia del archivo de las ordenes de salida de los pacientes, del Segundo Trimestre de 2025. | 30/09/2025 | Se adjunta evidencia sobre el protocolo de ingreso y salida de usuarios, pacientes, administrativos y comunida en general al Hospital. De igual forma se adjunta evidencia del archivo de las ordenes de salida de los pacientes, del Tercer Trimestre de 2025. | 30/12/2025 | Se adjunta evidencia sobre el protocolo de ingreso y salida de usuarios, pacientes, administrativos y comunida en general al Hospital. De igual forma se adjunta evidencia del archivo de las ordenes de salida de los pacientes, del Cuarto Trimestre de 2025. |
| 156 | 2 | Rondas de seguridad realizada a los servicios de la institución | GUARDA DE SEGURIDAD | DIARIA | 30/03/2025 | Se adjunta evidencia de las rondas de seguridad que se realizan diariamente por cada una de las areas y servicios del Hospital San Rafael. | 30/06/2025 | Se adjunta evidencia de las rondas de seguridad del segundo trimestre, que se realizan diariamente por cada una de las areas y servicios del Hospital San Rafael. | 30/09/2025 | Se adjunta evidencia de las rondas de seguridad del tercer trimestre, que se realizan diariamente por cada una de las areas y servicios del Hospital San Rafael. | 30/12/2025 | Se adjunta evidencia de las rondas de seguridad del Cuarto trimestre, que se realizan diariamente por cada una de las areas y servicios del Hospital San Rafael. |
| 156 | 3 | Capacitación al personal de vigilancia en el Protocolo de salida de pacientes | GUARDA DE SEGURIDAD | SEMESTRAL | 30/03/2025 | Se adjunta evidencia de la capacitacion al personal acerca del protocolo de salida de pacientes, con el animo de evitar posibles fugas. | 30/06/2025 | Se adjunta evidencia de la capacitacion al personal acerca del protocolo de salida de pacientes, con el animo retroalimentar los conocimientos, para evitar posibles fugas. | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE | 30/12/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA SEMESTRALMENTE |
| 157 | 1 | Cumplimiento del protocolo de ingreso y salida de usuarios y comunidad en general, mediante registro de equipos ingresados a la institución | GUARDA DE SEGURIDAD | DIARIA | 30/03/2025 | Se adjunta evidencia sobre el protocolo de ingreso y salida de usuarios, pacientes, administrativos y comunida en general al Hospital. De igual forma se adjunta evidencia del archivo de las ordenes de salida de los pacientes, del primer trimestre de 2025. | 30/06/2025 | Se adjunta evidencia sobre el protocolo de ingreso y salida de usuarios, pacientes, administrativos y comunida en general al Hospital. De igual forma se adjunta evidencia del archivo de las ordenes de salida de los pacientes, del Segundo Trimestre de 2025. | 30/09/2025 | Se adjunta evidencia sobre el protocolo de ingreso y salida de usuarios, pacientes, administrativos y comunida en general al Hospital. De igual forma se adjunta evidencia del archivo de las ordenes de salida de los pacientes, del Tercer Trimestre de 2025. | 30/12/2025 | Se adjunta evidencia sobre el protocolo de ingreso y salida de usuarios, pacientes, administrativos y comunida en general al Hospital. De igual forma se adjunta evidencia del archivo de las ordenes de salida de los pacientes, del Cuarto Trimestre de 2025. |
| 157 | 2 | Monitoreo de cámaras con el fin de evidenciar alguna anomalía y reportarla al personal de vigilancia | GUARDA DE SEGURIDAD | DIARIA | 30/03/2025 | Se adjunta evidencia del monitoreo diario que se realiza por medio de las camaras de seguridad para evitar cualquier eventualidad que genere algun riesgo o interrupcion en la prestacion de los diferentes servicios y areas del Hospital San Rafael. | 30/06/2025 | Se adjunta evidencia del monitoreo diario del segundo trimestre de 2025 que se realiza por medio de las camaras de seguridad para evitar cualquier eventualidad que genere algun riesgo o interrupcion en la prestacion de los diferentes servicios y areas del Hospital San Rafael. | 30/09/2025 | Se adjunta evidencia del monitoreo diario del Tercer Trimestre de 2025 que se realiza por medio de las camaras de seguridad para evitar cualquier eventualidad que genere algun riesgo o interrupcion en la prestacion de los diferentes servicios y areas del Hospital San Rafael. | 30/12/2025 | Se adjunta evidencia del monitoreo diario del Cuarto Trimestre de 2025 que se realiza por medio de las camaras de seguridad para evitar cualquier eventualidad que genere algun riesgo o interrupcion en la prestacion de los diferentes servicios y areas del Hospital San Rafael. |
| 158 | 1 | SUMINISTRO DE DIETAS A LOS PACIENTES DE ACUERDO A LA RELACIÓN ENTREGADO POR NUTRICIÓN | JEFES DE CADA SERVICIO | DIARIA | 30/03/2025 | en el trimestre se hace entrega de 32.136 dietas a pacientes en estancia hospitalaria,dietas solicitadas mediante formato lista de dietas y se hace entrega a la enfermera jefe o auxiliar de turno. | 30/06/2025 | para este trimestre se hace entrega de dietas a pacientes en estancia hospitalaria,dietas solicitadas mediante formato lista de dietas y se hace entrega a la enfermera jefe o auxiliar de turno. | 30/09/2025 | para este tercer trimestre se hace entrega de dietas a pacientes en estancia hospitalaria,dietas solicitadas por parte de nutrición ,mediante formato lista de dietas y se hace entrega a paciente y verificación con jefe del servicio, manteniendo un promedio estable en atención oportuna. | 30/12/2025 | Para este cuarto trimestre se hace entrega de dietas a pacientes en estancia hospitalaria,dietas solicitadas por parte de nutrición ,mediante formato lista de dietas y se hace entrega a paciente y verificación con jefe del servicio, manteniendo un promedio estable en atención oportuna. |
| 158 | 2 | AUDITORIA A LOS SERVICIOS CON EL FIN DE EVALUAR LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN EN CADA SERVICIO | REFERENTE DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN | QUINCENAL | 30/03/2025 | para el primer trimestre se hace auditoria en pisos,haciendo una encuesta al paciente sobre temperatura ,cantidad y atencion del al auxiliar al paciente,donde se evidencia que en este trimestre se a entregado un buen servicio de acuerdo a los resultado de las encuesta echas. | 30/06/2025 | para este trimestre se hace auditoria en servicio evdenciando quejas sobre alimento frios, se hace seguimiento al proceso para tener una mejora continua | 30/09/2025 | para este trimestre se hace auditoria en servicio evidenciando que siguen novedades sobre alimento fríos, se hace seguimiento al proceso y se esta haciendo el arreglo de los carros trasportadores de alimentos y la compra de un nuevo carro termo para el | 30/12/2025 | Durante el cuarto trimestre, en el seguimiento realizado al servicio de alimentos, específicamente en la entrega y las novedades presentadas, se detectaron varios hallazgos relacionados con la entrega de comida fría y en porciones insuficientes.<br>Se realizó la trazabilidad correspondiente y se llevó a cabo la gestión necesaria para la adquisición de un carro térmico, con el fin de mejorar la calidad del servicio. |
| 158 | 3 | ANALISIS DE DIETAS SUMINISTRADAS INCORRECTAMENTE DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN DE ACUERDO A LA SOLICITUD POR PARTE DE NUTRICIÓN | REFERENTE DEL SERVICIO DE ALIMENTACIÓN | DE ACUERDO A LAS DESVIACIONES ENCONTRADAS | 30/03/2025 | para este trimestre de acuerdo a la solicitud por parte de nutrición al servcio de alimantacion ,se presentaron 2 dietas mal suministradas reporte que me enttega seguridad del paciente | 30/06/2025 | para este trimestre de acuerdo a la solicitud por parte de nutrición al servicio de alimentación , no se presentaron dietas mal suministradas reporte que me entrega seguridad del paciente | 30/09/2025 | para el tercer trimestre en el mes de julio y septiembre se presentaron dos(2) novedades en el servicio de alimentación. se hace la trazabilidad y se trabaja en la mejora continua con las auxiliares,fortaleciendo el proceso en el cuidado del emplatado de dietas y entrega | 30/12/2025 | para el ultimo trimestre del año se evidencia que hubo continuidad y entrega en su totalidad de dietas a pacientes de solicitud por parte de nutrición sin novedades,ya que seguridad del paciente no nos reporto de novedades del servicio |

Hospital San Rafael de Fusagasugá
"Hospital humano, hospital comprometido"

Código y Versión
PL-FT-12 V03
Página

# FORMATO MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2025

| | |
|---|---|
| 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.

**PLAN DE ACCION:** se debe definir de manera clara la actividad realizada que permite reducir o mitigar el riesgo, junto con fechas establecidas y su respectiva evidencia.

| 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 | ATRIBUTOS TIPO | IMPLEMENTACIÓN | CALIFICACIÓN | DOCUMENTACIÓN | FRECUENCIA | REGISTRO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 INOPORTUNIDAD EN EL SUMINSTRO DE DIETAS | Impacto en la calidad del servicio y reputación<br>Alteración en el bienestar de los pacientes<br>Retraso en la recuperación de los pacientes<br>Aumento del riesgo de complicaciones | USUARIOS, PRODUCTOS Y PRACTICAS | PROCESO | MUY ALTA | 100% | MODERADO | 60% | ALTA | 1 | CONTEO DE DIETAS POR SERVICIO DE ACUERDO AL LISTADO ENTREGADO POR NUTRICIÓN<br>QUIEN: APOYO DE ALIMENTACIÓN<br>PERIODICIDAD: DIARIO<br>EVIDENCIA FORMATO CONTEO DE DIETAS POR SERVICIO CODIGO RF-HT-FT -18 | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | SUMINISTRO DE DIETAS A LOS PACIENTES DE ACUERDO A LA RELACIÓN ENTREGADO POR NUTRICIÓN<br>QUIEN: JEFES DE CADA SERVICIO<br>PERIODICIDAD: DIARIA<br>EVIDENCIA: FORMATO SUMINISTRO DE DIETAS | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control |
| 160 | **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 | 100% | MODERADO | 60% | MODERADO | 1 | PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO<br>QUIEN: CONTROL INTERNO<br>PERIODICIDAD: ANUAL<br>EVIDENCIA: CRONOGRAMA DE AUDITORIAS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | EJECUCCIÓN DE AUDITORIAS PROGRAMADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO<br>QUIEN: CONTROL INTERNO<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: INFORME DE AUDITORIAS | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control |
| 161 | **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 | 100% | MODERADO | 60% | MODERADO | 1 | PROGRAMACIÓN DE PRESENTACIÓN Y ENVIO DE INFORMES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO<br>QUIEN: OFICINA DE CONTROL INTERNO<br>PERIODICIDAD: ANUAL<br>EVIDENCIA: CRONOGRAMA DE AUDITORIAS | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | PRESENTACIÓN Y ENVIO DEL INFORME A LA ENTIDAD CORRESPONDIENTE<br>QUIEN: OFICINA DE CONTROL INTERNO<br>PERIODICIDAD: TRIMESTRAL<br>EVIDENCIA: INFORME Y PANTALLAZO | DETECTIVO 15% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 30% | DOCUMENTADO | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control |
| 162 | **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** | 100% | MODERADO | 60% | MODERADO | 1 | SEGUIMIENTO A MANTENIMIENTOS REALIZADOS AL TANQUE DE OXIGENO Y PLANTA ELECTRICA | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control |
| 163 | **GESTIÓN FINANCIERA** | ECONOMICO | Recepción incompleta o inconsistente de la información y soportes 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 LA/FT/FPADM | Exposición al riesgo legal, sancionatorio y reputacional por incumplimiento de la normatividad SARLAFT. | RIESGO DE SARLFAT | PROCESO | ALTA | 100% | ALTA | | ALTA | 1 | 1. Revisión de la plataforma RIKS COMPLAINCE de terceros con el fin de verificar reportes o inhabilidades<br>periodicidad: Cada contratación<br>Evidencia: Reporte de la plataforma<br>Qiuien: Oficial de cumplimiento | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | 2. Revisión de la plataforma RIKS COMPLAINCE de contratistas con el fin de verificar reportes o inhabilidades<br>periodicidad: Anual<br>Evidencia: Reporte de la plataforma<br>Qiuien: Oficial de cumplimiento | PREVENTIVO 25% | MANUAL: CONTROL EJECUTADO POR PERSONAS 15% | 40% | DOCUMENTAR | CONTINUA: El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo | CON REGISTRO: El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control |

| REFERENCIA | No CONTROL | PROBABILIDAD RESIDUAL | PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | % | IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO DEL RIESGO | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN / PERIODICIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 159 | 1 | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | CONTEO DE DIETAS POR SERVICIO DE ACUERDO AL LISTADO ENTREGADO POR NUTRICIÓN | APOYO DE ALIMENTACIÓN | DIARIA |
| | 2 | 42% | MEDIA | 60% | MODERADO | | | SUMINISTRO DE DIETAS A LOS PACIENTES DE ACUERDO A LA RELACIÓN ENTREGADO POR NUTRICIÓN | JEFES DE CADA SERVICIO | DIARIA |
| 160 | 1 | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO | OFICINA DE CONTROL INTERNO | ANUAL |
| | 2 | 42% | MEDIA | 60% | MODERADO | | | EJECUCCIÓN DE AUDITORIAS PROGRAMADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO | OFICINA DE CONTROL INTERNO | TRIMESTRAL |
| 161 | 1 | 60% | MEDIA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | PROGRAMACIÓN DE PRESENTACIÓN Y ENVIO DE INFORMES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO | OFICINA DE CONTROL INTERNO | DIARIA |
| | 2 | 42% | MEDIA | 60% | MODERADO | | | PRESENTACIÓN Y ENVIO DEL INFORME A LA ENTIDAD CORRESPONDIENTE | OFICINA DE CONTROL INTERNO | TRIMESTRAL |
| 162 | 1 | 25% | BAJA | 60% | MODERADO | MODERADO | REDUCIR | SEGUIMIENTO A MANTENIMIENTOS REALIZADOS AL TANQUE DE OXIGENO Y PLANTA ELECTRICA | PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO | SEMESTRAL |
| 163 | 1 | 60% | MODERADO | 60% | MODERADO | ALTA | REDUCIR | Revisión de la plataforma RIKS COMPLAINCE de terceros con el fin de verificar reportes o inhabilidades | | TIMESTRAL |
| | 2 | 60% | | | | | | Revisión de la plataforma RIKS COMPLAINCE de contratistas con el fin de verificar reportes o inhabilidades | | ANUAL |

| REFERENCIA | No CONTROL | 1 TRIMESTRE<br>SEGUIMIENTO 1 TRIMESTRE 2025<br>FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | 2 TRIMESTRE<br>SEGUIMIENTO 2 TRIMESTRE 2025<br>FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | 3 TRIMESTRE<br>SEGUIMIENTO 3 TRIMESTRE 2025<br>FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO | 4 TRIMESTRE<br>SEGUIMIENTO 4 TRIMESTRE 2025<br>FECHA SEGUIMIENTO | SEGUIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 159 | 1 | 30/03/2025 | para este trimestre de acuerdo a la solicitud por parte de nutrición al servcio de alimantacion ,se presentaron 2 dietas mal suministradas reporte que me enttega seguridad del paciente | 30/06/2025 | para este trimestre de acuerdo a la solicitud por parte de nutrición al servcio de alimantacion ,se presentaron 2 dietas mal suministradas reporte que me enttega seguridad del paciente | 30/09/2025 | para este trimestre de acuerdo a la solicitud por parte de nutrición al servcio de alimantacion ,se presentaron 2 dietas mal suministradas reporte que me enttega seguridad del paciente | 30/12/2025 | para este trimestre de acuerdo a la solicitud por parte de nutrición al servcio de alimantacion ,se presentaron 2 dietas mal suministradas reporte que me enttega seguridad del paciente |
| | 2 | 30/03/2025 | para este trimestre de acuerdo a la solicitud por parte de nutrición al servcio de alimantacion ,se presentaron 2 dietas mal suministradas reporte que me enttega seguridad del paciente | 30/06/2025 | para este trimestre de acuerdo a la solicitud por parte de nutrición al servcio de alimantacion ,se presentaron 2 dietas mal suministradas reporte que me enttega seguridad del paciente | 30/09/2025 | para este trimestre de acuerdo a la solicitud por parte de nutrición al servcio de alimantacion ,se presentaron 2 dietas mal suministradas reporte que me enttega seguridad del paciente | 30/12/2025 | para este trimestre de acuerdo a la solicitud por parte de nutrición al servcio de alimantacion ,se presentaron 2 dietas mal suministradas reporte que me enttega seguridad del paciente |
| 160 | 1 | 30/03/2025 | DE ACUERDO A CRONOGRAMA DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE ENERO A MARZO DE LA VIGENCIA.<br>NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO SEGÚN CRONOGRAMA DEL PAA 2025. = 65 / NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL PERIODO SEGÚN EL CRONOGRAMA DEL PAA 2025 = 43. (65/43)*100=151,16%. | 30/06/2025 | DE ACUERDO A CRONOGRAMA DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE ABRIL A JUNIO DE LA VIGENCIA.<br>NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO SEGÚN CRONOGRAMA DEL PAA 2025. = 59 / NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL PERIODO SEGÚN EL CRONOGRAMA DEL PAA 2025 = 42. (59/42)*100=140,47% | 30/09/2025 | DE ACUERDO A CRONOGRAMA DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE ABRIL A JUNIO DE LA VIGENCIA.<br>NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO SEGÚN CRONOGRAMA DEL PAA 2025. = 53 / NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL PERIODO SEGÚN EL CRONOGRAMA DEL PAA 2025 = 35. (53/35)*100=151,43% | 30/12/2025 | DE ACUERDO A CRONOGRAMA DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE LA VIGENCIA.<br>NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO SEGÚN CRONOGRAMA DEL PAA 2025. = 46 / NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL PERIODO SEGÚN EL CRONOGRAMA DEL PAA 2025 = 35. (46/35)*100=131,42% |
| | 2 | 30/03/2025 | DE ACUERDO A CRONOGRAMA DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA 2025 SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE ENERO A MARZO DE LA VIGENCIA.<br>NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO SEGÚN CRONOGRAMA DEL PAA 2025. = 65 / NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL PERIODO SEGÚN EL CRONOGRAMA DEL PAA 2025 = 43. (65/43)*100=151,16% | 30/06/2025 | DE ACUERDO A CRONOGRAMA DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE ABRIL A JUNIO DE LA VIGENCIA.<br>NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO SEGÚN CRONOGRAMA DEL PAA 2025. = 59 / NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL PERIODO SEGÚN EL CRONOGRAMA DEL PAA 2025 = 42. (59/42)*100=140,47% | 30/09/2025 | DE ACUERDO A CRONOGRAMA DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE JULIO A SEPTIEMBRE DE LA VIGENCIA.<br>NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO SEGÚN CRONOGRAMA DEL PAA 2025. = 35 / NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL PERIODO SEGÚN EL CRONOGRAMA DEL PAA 2025 = 35. (53/35)*100=151,43% | 30/12/2025 | DE ACUERDO A CRONOGRAMA DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE LA VIGENCIA.<br>NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO SEGÚN CRONOGRAMA DEL PAA 2025. = 46 / NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL PERIODO SEGÚN EL CRONOGRAMA DEL PAA 2025 = 35. (46/35)*100=131,42% |
| 161 | 1 | 30/03/2025 | NO SE HAN PRESENTADO INCUMPLIMIENTOS, DE ACUERDO A CRONOGRAMA DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE ENERO A MARZO DE LA VIGENCIA.<br>-Informe de Evaluación a la Gestion Institucional (Evaluación por Dependencias)= 29 de enero<br>-Informe evaluación al Programa de Transparencia y Ética Pública. = 7 de febrero<br>-Informe evaluación Semestral independiente del Estado del Sistema de Control Interno. (Anterior informe Pormenorizado de Control Interno) = 20 de enero<br>- Informe evacuación al Sistema de Control Interno Contable = 18 de febrero<br>- Cumplimiento a la Ley 1474 de 2011 Artículo 76, Rendir Informe de acuerdo a Ley 1474 de 2011 en su Artículo 76, sobre PQRSDF. Segundo semestre vigencia 2024 y Primer Semestre vigencia 2025 = 27 de enero.<br>- Informe de Austeridad en el Gasto = 27 de enero.<br>- Informe Derechos de Autor de Software. = 7 de marzo<br>- Informe ejecutivo del sistema de control interno = 20 de enero. | 30/06/2025 | DE ACUERDO A CRONOGRAMA DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE ABRIL A JUNIO DE LA VIGENCIA.<br>-Informe de Gestion Plan Operativo Anual oficina de Control Interno= 14 de abril<br>-Diligenciamiento de información a través del aplicativo FURAG correspondiente a la vigencia 2024= 16 de abril.<br>- Informe de Austeridad en el Gasto correspondiente al primer trimestre vigencia 2024 vs. 2025= 09 de mayo.<br>- Informe de la oficina de Control Interno sobre la Rendición de Cuentas vigencia fiscal 2024= 6 de junio | 30/09/2025 | DE ACUERDO A CRONOGRAMA DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE JULIO A SEPTIEMBRE DE LA VIGENCIA.<br>-Informe evaluación Semestral independiente del Estado del Sistema de Control Interno. (Anterior informe Pormenorizado de Control Interno)= 09 de julio<br>-Cumplimiento a la Ley 1474 de 2011 Artículo 76, Rendir Informe de acuerdo a Ley 1474 de 2011 en su Artículo 76, sobre PQRSDF.= 23 de julio.<br>- Informe de Austeridad en el Gasto correspondiente al segundo trimestre vigencia 2024 vs. 2025= 16 de julio.<br>- Informe evaluación al Programa de Transparencia y Ética Pública.= 22 de septiembre. | 30/12/2025 | DE ACUERDO A CRONOGRAMA DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE LA VIGENCIA.<br>- Informe de Austeridad en el Gasto correspondiente al tercer trimestre vigencia 2024 vs. 2025= 29 de octubre.<br>- Informe posibles actos de corrupción.= 30 de diciembre. |
| | 2 | 30/03/2025 | DE ACUERDO A CRONOGRAMA DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE ENERO A MARZO DE LA VIGENCIA.<br>-Informe de Evaluación a la Gestion Institucional (Evaluación por Dependencias)= 29 de enero<br>-Informe evaluación al Programa de Transparencia y Ética Pública. = 7 de febrero<br>-Informe evaluación Semestral independiente del Estado del Sistema de Control Interno. (Anterior informe Pormenorizado de Control Interno) = 20 de enero<br>- Informe evacuación al Sistema de Control Interno Contable = 18 de febrero<br>- Cumplimiento a la Ley 1474 de 2011 Artículo 76, Rendir Informe de acuerdo a Ley 1474 de 2011 en su Artículo 76, sobre PQRSDF. Segundo semestre vigencia 2024 y Primer Semestre vigencia 2025 = 27 de enero.<br>- Informe de Austeridad en el Gasto = 27 de enero.<br>- Informe Derechos de Autor de Software. = 7 de marzo<br>- Informe ejecutivo del sistema de control interno = 20 de enero | 30/06/2025 | DE ACUERDO A CRONOGRAMA DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE ABRIL A JUNIO DE LA VIGENCIA.<br>-Informe de Gestion Plan Operativo Anual oficina de Control Interno= 14 de abril<br>-Diligenciamiento de información a través del aplicativo FURAG correspondiente a la vigencia 2024= 16 de abril.<br>- Informe de Austeridad en el Gasto correspondiente al primer trimestre vigencia 2024 vs. 2025= 09 de mayo.<br>- Informe de la oficina de Control Interno sobre la Rendición de Cuentas vigencia fiscal 2024= 6 de junio | 30/09/2025 | DE ACUERDO A CRONOGRAMA DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE JULIO A SEPTIEMBRE DE LA VIGENCIA.<br>-Informe evaluación Semestral independiente del Estado del Sistema de Control Interno. (Anterior informe Pormenorizado de Control Interno)= 09 de julio<br>-Cumplimiento a la Ley 1474 de 2011 Artículo 76, Rendir Informe de acuerdo a Ley 1474 de 2011 en su Artículo 76, sobre PQRSDF.= 23 de julio.<br>- Informe de Austeridad en el Gasto correspondiente al segundo trimestre vigencia 2024 vs. 2025= 16 de julio.<br>- Informe evaluación al Programa de Transparencia y Ética Pública.= 22 de septiembre. | 30/12/2025 | DE ACUERDO A CRONOGRAMA DEL PLAN ANUAL DE AUDITORIA SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE LA VIGENCIA.<br>- Informe de Austeridad en el Gasto correspondiente al tercer trimestre vigencia 2024 vs. 2025= 29 de octubre.<br>- Informe sobre posibles actos de corrupción.= 30 de diciembre. |
| 162 | 1 | 30/03/2025 | Se realiza el seguimiento a los mantenimientos efectuados en dos equipos fundamentales para nuestro funcionamiento:<br>- Tanque de oxígeno: El mantenimiento de este tanque se lleva a cabo por una empresa tercerizada especializada. Como hospital, estamos verificando que el nivel de oxígeno cumpla con los parámetros requeridos para asegurar su correcto funcionamiento y garantizar la continuidad del servicio médico.<br>- Planta eléctrica: El mantenimiento de esta planta se lleva a cabo por una empresa tercerizada especializada. Como hospital, verificamos el desempeño tras las intervenciones realizadas, con el objetivo de confirmar que el equipo opere de manera óptima y cumpla con las demandas energéticas necesarias.<br>Este seguimiento nos permite garantizar la calidad y confiabilidad de los servicios que ofrecemos. | 30/06/2025 | Se realiza el seguimiento a los mantenimientos efectuados en dos equipos fundamentales para nuestro funcionamiento:<br>- Tanque de oxígeno: El mantenimiento de este tanque se lleva a cabo por una empresa tercerizada especializada. Como hospital, estamos verificando que el nivel de oxígeno cumpla con los parámetros requeridos para asegurar su correcto funcionamiento y garantizar la continuidad del servicio médico.<br>- Planta eléctrica: El mantenimiento de esta planta se lleva a cabo por una empresa tercerizada especializada. Como hospital, verificamos el desempeño tras las intervenciones realizadas, con el objetivo de confirmar que el equipo opere de manera óptima y cumpla con las demandas energéticas necesarias.<br>Este seguimiento nos permite garantizar la calidad y confiabilidad de los servicios que ofrecemos. | 30/09/2025 | Se realiza el seguimiento a los mantenimientos efectuados en dos equipos fundamentales para nuestro funcionamiento:<br>- Tanque de oxígeno: El mantenimiento de este tanque se lleva a cabo por una empresa tercerizada especializada. Como hospital, estamos verificando que el nivel de oxígeno cumpla con los parámetros requeridos para asegurar su correcto funcionamiento y garantizar la continuidad del servicio médico.<br>- Planta eléctrica: El mantenimiento de esta planta se lleva a cabo por una empresa tercerizada especializada. Como hospital, verificamos el desempeño tras las intervenciones realizadas, con el objetivo de confirmar que el equipo opere de manera óptima y cumpla con las demandas energéticas necesarias.<br>Este seguimiento nos permite garantizar la calidad y confiabilidad de los servicios que ofrecemos. | 30/12/2025 | Se realiza el seguimiento a los mantenimientos efectuados en dos equipos fundamentales para nuestro funcionamiento:<br>- Tanque de oxígeno: El mantenimiento de este tanque se lleva a cabo por una empresa tercerizada especializada. Como hospital, estamos verificando que el nivel de oxígeno cumpla con los parámetros requeridos para asegurar su correcto funcionamiento y garantizar la continuidad del servicio médico.<br>- Planta eléctrica: El mantenimiento de esta planta se lleva a cabo por una empresa tercerizada especializada. Como hospital, verificamos el desempeño tras las intervenciones realizadas, con el objetivo de confirmar que el equipo opere de manera óptima y cumpla con las demandas energéticas necesarias.<br>Este seguimiento nos permite garantizar la calidad y confiabilidad de los servicios que ofrecemos. |
| 163 | 1 | 30/03/2025 | CONTROL SE EMPEZO A EJECUTAR ULTIMO TRIMESTRE | 30/06/2025 | CONTROL SE EMPEZO A EJECUTAR ULTIMO TRIMESTRE | 30/09/2025 | CONTROL SE EMPEZO A EJECUTAR ULTIMO TRIMESTRE | 30/12/2025 | la actividad empezo a ejecutarse en el mes de diciembre dado que los procesos de contratación con terceros se iniciaron dicho mes lo cual para el mes de enero de 2026 se tendra en consolidado de los resultados |
| | 2 | 30/03/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/06/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/09/2025 | ACTIVIDAD PROGRAMADA ANUALMENTE | 30/12/2025 | la actividad empezo a ejecutarse en el mes de diciembre dado que los procesos de contratación con OPS se iniciaron dicho mes lo cual para el mes de enero de 2026 se tendra en consolidado de los resultados |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TOTAL DE CONTROLES | 457 | TOTAL DE CONTROLES | 457 | TOTAL DE CONTROLES | 457 | TOTAL DE CONTROLES | 458 |
| CONTROLES PROGRAMADOS I TRIMESTRE | 418 | CONTROLES PROGRAMADOS II TRIMESTRE | 447 | CONTROLES PROGRAMADOS III TRIMESTRE | 418 | CONTROLES PROGRAMADOS IV TRIMESTRE | 458 |
| CONTROLES EJECUTADOS I TRIMESTRE | 408 | CONTROLES EJECUTADOS II TRIMESTRE | 416 | CONTROLES EJECUTADOS III TRIMESTRE | 388 | CONTROLES EJECUTADOS IV TRIMESTRE | 449 |
| % DE CUMPLIMIENTO | 97% | % DE CUMPLIMIENTO | 93% | % DE CUMPLIMIENTO | 93% | % DE CUMPLIMIENTO | 98% |
| NO. DE RIESGOS MATERIALIZADOS I TRIM | 6 | NO. DE RIESGOS MATERIALIZADOS II TRIM | 6 | NO. DE RIESGOS MATERIALIZADOS III TRIM | 3 | NO. DE RIESGOS MATERIALIZADOS IV TRIM | 1 |