

MAPA DE RIESGOS DE GESTION AÑO 2020																	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ESE ISABU																	
IDENTIFICACION DEL RIESGO							VALORACION DEL RIESGO										
MACROPROCESO	PROCESO	CAUSA	No	RIESGO	CONSECUENCIA	RIESGO DE CORRUPCIÓN (SI ó NO)	ANALISIS DEL RIESGO			CONTROLES	VALORACION DEL RIESGO						RESPONSABLE
							RIESGO INHERENTE				RIESGO RESIDUAL			ACCIONES ASOCIADAS AL CONTROL			
							PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO		PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DEL RIESGO	PERIODO DE EJECUCION	ACCIONES	REGISTRO	
	GESTION DE CALIDAD	1. Respuesta inoportuna por parte de la EPS 2.Falta de resolutiveidad red de apoyo 3.Falta de resolutiveidad por parte del profesional	1	Estancias prolongadas por falta de racionalización durante la atención de los usuarios por parte de los profesionales y los Auditores Externos	1.Sobrecostos hospitalarios 2. Colapso del servicio de urgencias por no camas disponibles 3.Complicación de la patología de base del paciente	NO	5	3	Extrema	Auditoria diaria y notificación inmediata a las entidades responsables de pago que permita tomar decisiones y gestionar soluciones	3	3	Alta	31/12/2020	1.Realizar auditoria diaria de estancias 2.Notificación diaria a EPS y entes de control	1.Informe de Auditoria 2.Notificaciones a EPS y entes de contrl	Jefe oficina de Calidad Enfermera Jefe auditoria
	GESTION DE CALIDAD	1. Falta de adherencia al programa de seguridad del paciente 2.Falta de cultura del reporte de eventos adversos	2	Omisión en el reporte de un incidente o eventos adversos por falta de cultura en el reporte y adherencia a la seguridad del paciente durante el desarrollo de la prestación del servicio por parte de los colaboradores	1. Procesos penales por falta de gestión del evento adverso 2.Afectación del mejoramiento continuo por no gestión de oportunidades de mejoramiento 3.Generación de la cultura de la irresponsabilidad.	NO	5	3	Extrema	1.Rondas quincenales de seguridad para identificación de eventos adversos e incentivar el reporte de evento adverso 2.Estrategias de medición anual de cultura de seguridad de paciente	3	2	Moderada	31/12/2020	1.Busqueda activa de incidentes y eventos adversos a través de rondas quincenales de seguridad del paciente 2.Busqueda activa de incidentes y eventos adversos a través de auditoria de historia clinica 2.Socialización constante del programa de seguridad del paciente ede acuerdo al cronograma. 3.Análisis de la encuesta aplicada de cultura de seguridad del paciente	1.Informe de rondas de seguridad 2.Informe de historia clinica 3.Actas y planilla de asistencia 4.Informe de encuesta de cultura de seguridad del paciente	Equipo de Seguridad del paciente

ESTRATEGICO

<p>GESTION DE CALIDAD</p>	<p>1. Falta de socialización con los líderes sobre los requisitos documentales de la normatividad vigente 2. Falta de compromiso de los líderes del proceso en la actualización documental.</p>	<p>3</p>	<p>Cumplimiento parcial del Sistema unico de habilitación por documentación incompleta de acuerdo a la norma durante el desarrollo de la visita de habilitación por parte del ISABU</p>	<p>1.Apertura de procesos sancionatorios administrativos por parte de la secretaría de salud departamental 2.Perdida de imagen insitucional</p>	<p>NO</p>	<p>5</p>	<p>3</p>	<p>Extrema</p>	<p>1.Actualización normativa de habilitación por parte del personal de la oficina de calidad cada vez que haya cambio de normatividad. 2.Generar directrices claras sobre la responsabilidad de la documentación por parte de los líderes de proceso con la asistencia técnica de la oficina de calidad</p>	<p>3</p>	<p>2</p>	<p>Moderada</p>	<p>31/12/2020</p>	<p>1.Capacitación de los profesionales de calidad en la normatividad vigente de habilitación 2.Generar revisión de documentación de acuerdo a normatividad vigente 3.Elaborar cronograma de trabajo con los líderes de proceso para la actualización de documentación 4.Seguimiento al cumplimiento del cronograma por parte de los líderes</p>	<p>1.Certificación de capacitación 2.Listado de documentación 3.Cronograma de trabajo 4.Informe o acta de seguimiento</p>	<p>Profesional de Apoyo Habilitación</p>
<p>GESTION DE CALIDAD-GESTION AMBIENTAL</p>	<p>Falta de inclusión en la planeación del presupuesto ambiental las emergencias sanitarias Falta de compromiso en cumplir los lineamientos dados por gestión ambiental en el manejo de los residuos covid</p>	<p>4</p>	<p>Aumento del costo de los residuos biológicos en la prestación del servicio cuando se presente una emergencia sanitaria por ruta adicional en la ESE ISABU.</p>	<p>Aumento de los costos de los residuos peligrosos</p>	<p>NO</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>Alta</p>	<p>1.Incluir en la planeación del presupuesto anual ambiental las emergencias sanitarias por el líder del proceso. 2.Realizar control de los residuos Covid -19 de manera mensual por parte del líder de gestión ambiental</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>Baja</p>	<p>31/12/2020</p>	<p>1. Solicitar el aumento del presupuesto ambiental que garantice la atención de emergencias sanitarias. 2.Realizar seguimiento mensual a través del formato RH1, de los residuos biológicos generados por Covid-19</p>	<p>1.Oficio de solicitud de presupuesto 2.Formato RH-1. Pantallazos de correo Actas de disposición final Manifiestos de carga.</p>	<p>Lider Proceso Gestion Ambiental</p>
<p>GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	<p>Desconocimiento del seguimiento por parte de los líderes al plan de acción. Falta de compromiso de parte de los líderes.</p>	<p>5</p>	<p>No disponer de la Información real y a tiempo para la generación de informes de avance al cumplimiento de metas y objetivos del Plan de desarrollo y plan de gestión</p>	<p>-Información errónea -Incumplimiento normativo -Deficiencia de la información para la toma de decisiones -Destitución del Gerente</p>	<p>No</p>	<p>1</p>	<p>4</p>	<p>Alta</p>	<p>1.Seguimiento trimestral y asistencia técnica a los líderes de procesos al cumplimiento del plan de desarrollo 2.Seguimiento trimestral al cumplimiento de los indicadores del plan de gestión que garantice la entrega veraz y oportuna de la información</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>Baja</p>	<p>31/12/2020</p>	<p>1.Seguimiento al cumplimiento del plan de desarrollo a través de matriz de excel 2.Seguimiento al cumplimiento de los indicadores de gestión a través de fichas técnicas de Indicadores</p>	<p>Listas de asistencia ficha técnica indicadores de gestión Herramienta seguimiento indicadores plan de gestión gerencial Acta socialización seguimiento indicadores en CIGD</p>	<p>Lider proceso planeación Profesional apoyo Plan de desarrollo Profesional especializado apoyo Plan de Gestión</p>

PLANEACION Y DIRECCION MIETNO ESTRATEGICO	Desconocimiento de normatividad -Información incompleta y desactualizada para cada uno de los componentes del PAAC, que permitan la formulación de estrategias	6	Incumplimiento del plan Anticorrupción y de atención al ciudadano Institucional para la vigencia	Existencia de riesgos de corrupción - Hallazgos en auditoria - Sanciones disciplinarias y administrativas - Perder la transparencia institucional	No	1	4	Alta	Elaboración y seguimiento del Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano "PAAC" ; se realizará respectiva socialización y publicación en página WEB conforme a normatividad antes del 31 de Enero de la vigencia Se realizará respectivo monitoreo al cumplimiento de las actividades programadas en cada componente del seguimiento realizado cuatrimestral por parte de la oficina de control Interno. Como evidencia se deja soporte en carpeta digital de la publicación y socialización del PAAC en pagina WEB ; así como resultados del informe de seguimiento cuatrimestral en las fechas estipuladas por ley a cargo de la oficina de Control Interno.	1	2	Baja	31/12/2020	1. Actualización y formulación del Plan anticorrupción y de atención al ciudadano " PAAC" para la vigencia;	Documento " Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano "PAAC " publicado en página WEB de la institución antes de 31 de Enero (MARIA ANTONIA) Informes cuatrimestrales de seguimiento y control a la implementación y a los avances de las actividades consignadas en el plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano por parte de la oficina de control interno y publicados en pagina WEB	Lider proceso planeación Profesional Apoyo PAAC
	Ser contratista en los convenios genera no contar con la documentación original	7	Perdida del histórico de los proyectos de inversión (convenios) realizados con los diferentes entes y el ISABU, por ser contratista la información queda con el contratante	No tener un historico de convenios permitan necesidades a futuro	No	5	3	Alta	Cada vez que finalice un convenio se debe guardar una copia de la Minuta y el informe final que permita tener un histórico de los proyectos o convenios realizados que sirvan para futuros proyectos.	3	2	Baja	31/12/2020	Realizar archivo con minuta e informes finales de los convenios o proyectos 2020, cad vez que finalice un proyecto o convenio	MINUTA Y INFORMES FINALES DE LA VIGENCIA 2020	Lider proceso planeación/Profesional apoyo Proyectos
	Falta de definición de proceso de inducción	8	Inducción insuficiente del talento humano que ingresa por falta de un proceso claro de inducción cuando se contrata a un colaborador por parte de la oficina de talento humano en la ESE ISABU	1.Baja calidad en la prestación de los servicios 2.Desconocimiento de la plataforma estrategica	NO	5	2	Alta	1.Definir el procedimiento de inducción, implementarlo cada vez que se genere un nuevo contrato o se vincule al personal y realizar evaluación	2	2	Baja	31/12/2020	1. Documentar el procedimiento de Inducción 2.Socializar el procedimiento de inducción	1.Documento aprobado 2.Actas y planilla 3.Herramienta Diseñada	Profesional de Talento Humano
	Falta de compromiso del personal en el cumplimiento de los lineamientos impartidos por Seguridad y Salud en el Trabajo	9	Contagio del personal Asistencial con Covid -19 por la falta de adherencia en los colaboradores de la institución a los protocolos de bioseguridad implementados	Personal con alto riesgo a contagio de COVID-19	NO	3	3	Alta	Implementación y realización de inspecciones a los colaboradores de la institución del área asistencial en el correcto aplicación de lineamientos institucionales de seguridad y salud en el trabajo	2	2	Baja	31/12/2020	Ejecución de de inspecciones en sitios de trabajo asistencial	Inofrme de inspecciones realizadas	Profesional de apoyo de seguridad y salud en el trabajo

	ATENCION AMBULATORIA	1. Falta de adherencia al programa de seguridad del paciente	10	Omisión en el reporte de un incidente o eventos adversos por falta de cultura en el reporte y adherencia a la seguridad del paciente durante el desarrollo de la prestación del servicio por parte de los colaboradores	1. Procesos penales por falta de gestión del evento adverso 2. Afectación del mejoramiento continuo por no gestión de oportunidades de mejoramiento 3. Generación de la cultura de la irresponsabilidad.	NO	5	3	Extrema	1. Generar e implementar estrategias mensuales que incentiven el reporte de incidentes y eventos adversos por parte de los colaboradores de los Centros de Salud.	3	2	Moderada	31/12/2020	1. Sensibilizar a todos los colaboradores semestralmente sobre el reporte de eventos adversos 2. Diseño de un formato amigable para detección de incidentes y eventos adversos 3. Implementar el formato 4. Realizar seguimiento mensual a la efectividad de la estrategia diseñada	1. Acta planilla de asistencia 2. Formato diseñado 3. Formato implementado 4. Análisis de la efectividad de la implementación del formato	Directores Técnicos Jefes Centros de Salud
	ATENCION AMBULATORIA	Por restricciones en la atención de consulta programada presencial por la cuarentena decretada por el gobierno nacional para evitar la propagación del virus COVID-19	11	Rendimiento inadecuado de los servicios ofertados, dificultan en seguimiento y control del riesgo en la población, en el tiempo de emergencia COVID-19 en las Unidades ambulatorias	Aumento de PQRS por insatisfacción del usuario. Su utilización de los recursos humano, financieros, Complicación de los pacientes por inadecuada gestión del riesgo	NO	5	2	Alta	1. Seguimiento diario al rendimiento de los servicios ofertados por la pandemia a través de herramienta de excel que permita tomar acciones de mejoramiento inmediatas	3	2	Moderada	31/12/2020	1. Realizar informe mensual de rendimiento de servicios ofertados	1. Informe mensual de rendimiento	Directores técnicos de Zona
	URGENCIAS	1. Falta de capacitación sobre uso adecuado de los elementos de protección personal. 2. Ausencia de procedimientos y protocolos institucionales acerca de la atención a paciente sospechoso de covid-19. 3. Deficiencia de espacios de atención a paciente sospechoso de covid-19.	12	Contaminación por covid-19 secundario a prácticas inseguras durante la prestación del servicio por parte del personal asistencial en el área de urgencias del Hospital Local del Norte	Enfermedad del personal asistencial. Muerte del personal asistencial. Propagación de la infección entre el personal asistencial y pacientes no covid 19.	NO	3	3	Alta	1. Enfermera líder del servicio de urgencias con las diferentes áreas de apoyo planea y ejecutara capacitación bimensual sobre uso adecuado de los elementos de protección personal. 2. Gestión y control de inventario de elementos de protección personal. 3. Elaboración y socialización de procedimientos, protocolos y rutas de atención a paciente sospechoso de covid-19. 4. Adecuación de espacios de atención a paciente sospechoso de covid-19.	2	2	Baja	31/12/2020	1. Participación del personal asistencial en las capacitaciones, socialización de procedimientos, protocolos y rutas de atención a paciente sospechoso de covid-19. 2. Solicitar al área de almacén y seguridad y salud en el trabajo los elementos de protección personal según la necesidad del servicio de urgencias.	1. Comunicaciones radicadas en correspondencia 2. Registro Asistencia y Actas de capacitaciones al personal asistencial. 3. Soporte de entrega de elementos de protección personal.	Líder servicio de Urgencias

URGENCIAS	1. Falta de capacitación sobre procedimiento de seguridad del paciente. 2 Ausencia de cultura del reporte por parte del personal asistencial de urgencias del HLN.	13	Omisión de reporte de eventos adversos e incidentes incumpliendo el procedimiento de seguridad del paciente por parte del personal asistencial en el área de urgencias del Hospital Local del Norte	1.Secuelas temporales o permanentes 2.Muerte del paciente 3.Demandas en contra de la institución 4.Prolongación de estancia hospitalaria aumentando costos para la institución	NO	3	3	Alta	1. Enfermera lider del servicio de urgencias con las diferentes áreas de apoyo sensibilizará al personal del servicio en la cultura del reporte de incidentes y eventos adversos 2.Llevar un registro mensual de los eventos adversos e incidentes reportados por el servicio 3.Socialización en los grupos de calidad en los resultados para implementar mejoras pertinentes.	2	2	Baja	31/12/2020	1.Participación del personal en las reuniones mensuales de grupos primarios de calidad 2.Llevar un registro mensual de los incidentes y eventos adversos reportados en el servicio 2.Solicitar al área de almacén y la subdirección administrativa la necesidad del cambio mobiliario	1.Planilla de registro de incidentes y eventos adversos 2. Comunicaciones radicadas en correspondencia 3.Registro Asistencia y Actas Comités de Calidad	Lider servicio de Urgencias
INTERNACION	1.Falta de capacitación sobre uso adecuado de los elementos de protección personal. 2. Ausencia de procedimientos y protocolos institucionales acerca de la atención a paciente sospechoso de covid-19. 3.Deficiencia de espacios de atención a paciente sospechoso de covid-19.	14	Contaminación por covid-19 secundario a prácticas inseguras durante la prestación del servicio por parte del personal asistencial en el servicio de Internación del Hospital Local del Norte	Enfermedad del personal asistencial. Muerte del personal asistencial . Propagación de la infección entre el personal asistencial y pacientes no covid 19.	NO	5	5	Extrema	1. Enfermeras lider del servicio de Internación ejecutaran capacitación bimensual sobre uso adecuado de los elementos de protección personal. 2.Gestión y control de inventario de elementos de protección personal. 3. Socialización de procedimientos, protocolos y rutas de atención a paciente sospechoso de covid-19. 4.Adecuación de espacios de atención a paciente sospechoso de covid-19.	3	3	Alta	31/12/2020	1. Participación del personal asistencial en las capacitaciones, socialización de procedimientos , protocolos y rutas de atención a paciente sospechoso de covid-19. 2. Solicitar al área de almacén y seguridad y salud en el trabajo los elementos de protección personal según la necesidad del servicio de Internación .	Listas de chequeo Resultados de control bacteriológico Comunicaciones radicadas en correspondencia Planillas de asistencia a capacitaciones	Enfermeras Jefes Internación
INTERNACION	1. Falta de capacitación sobre Programa de seguridad del paciente. 2 Ausencia de cultura del reporte por parte del personal asistencial del servicio de internación de la ESE ISABU.	15	Omisión en reporte de eventos adversos relacionados con medicamentos incumpliendo el programa de seguridad del paciente	Secuelas temporales o permanentes Muerte del paciente Demandas en contra de la institución Prolongación de estancia hospitalaria aumentando costos para la institución	NO	5	4	Extrema	1. Enfermera lider del servicio de urgencias con las diferentes áreas de apoyo sensibilizará al personal del servicio en la cultura del reporte de incidentes y eventos adversos 2.Llevar un registro mensual de los eventos adversos e incidentes reportados por el servicio 3.Socialización en los grupos de calidad en los resultados para implementar mejoras pertinentes.	3	3	Alta	3/12/2020	1.Participación del personal en las reuniones mensuales de grupos primarios de calidad 2.Llevar un registro mensual de los incidentes y eventos adversos reportados en el servicio	1.Planilla de registro de incidentes y eventos adversos 2. Comunicaciones radicadas en correspondencia 3.Registro Asistencia y Actas Comités de Calidad	Enfermeras Jefes Internación

MISIONALES

<p>CIRUGIA Y ATENCION DE PARTOS</p>	<p>Por hallazgo imprevisto o por accidente en el acto operatorio</p> <p>Por reacción adversa del paciente a algún medicamento utilizado durante la atención</p> <p>Por complicaciones en el post operatorio o postparto inmediato (sangrado, depresión respiratoria, etc)</p> <p>Por no identificación de factores de riesgo susceptibles de manejo que generen una morbilidad materna extrema</p>	<p>17</p>	<p>Complicaciones quirúrgicas y de atención del parto por hallazgo imprevisto o error humano o reacción adversa a algún medicamento durante el procedimiento o atención del parto en salas de cirugía o sala de partos</p>	<p>Secuelas temporales o permanentes</p> <p>Muerte del paciente</p> <p>Shock anafiláctico</p> <p>Usuario insatisfecho</p>	<p>NO</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>EXTREMA</p>	<p>1.Cumplir con los protocolos establecidos para cirugía segura, aplicando todos los controles necesarios para prevenir y atender complicaciones quirúrgicas</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>Alta</p>	<p>31/12/2020</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asignar sala de cirugía previa valoración de médico especialista 2. Diligenciamiento de valoración preanestésica 3. Diligenciar consentimientos informados 4. Aplicación de lista de chequeo de cirugía segura OMS 5. Aplicación lista de chequeo parto seguro 5. Aplicación de listas de chequeo para medición de adherencia del personal a las guías de manejo y protocolos 6. Participación del personal en las reuniones bimensuales de calidad 7. Capacitación periódica al personal 	<p>Programación Cirugía</p> <p>Formatos de Consentimiento Informado</p> <p>Fichas de Notificación de Eventos de Interés en Salud Pública</p> <p>Listas de chequeo</p> <p>Record anestésico</p> <p>Descripción quirúrgica</p> <p>Registro Asistencia y Actas Comités de Calidad</p>	<p>Enfermera jefe de Cirugía y atención de partos</p>
<p>APOYO TERAPEUTICO</p>	<p>Control del inventario, desabastecimiento del producto, Alta demanda de insumos</p>	<p>18</p>	<p>Inoportunidad en el despacho de medicamentos y dispositivos medicos para atender la emergencia sanitaria por COVID 19, por alta demanda de productos, problemas de manufactura,descontinuación de los productos,acaparamiento por parte de otras entidades durante la prestación del servicio en la ESE ISABU</p>	<p>Complicación del estado de salud del paciente con COVID-19</p> <p>Muerte del paciente</p>	<p>NO</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>Extrema</p>	<p>1. Mediante la utilización de una matriz ya establecida se hace control y seguimiento mensual a los inventarios y proyección para solicitud de los pedidos, listado de medicamentos y dispositivos médicos en promedio para usar para la atención de pacientes con covid</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>Baja</p>	<p>31/12/2020</p>	<p>Formato de pedido farmacia quincenal</p> <p>Documentar Listado de medicamentos y dispositivos mensuales</p>	<p>Matriz diligenciada</p> <p>Pantallazos de solicitud a la cooperativo</p> <p>Reporte del porque del desabastecimiento</p> <p>Listado de medicamentos</p>	<p>Lider del Proceso de Farmacia</p>

APOYO TERAPEUTICO	1.Desabastecimiento 2.Falta de stock de insumos de EPP	19	Toma de muestras de pacientes sospechos de covid 19 por parte de fisioterapia sin los adecuados elementos de protección personal por desabastecimiento, falta de recursos económicos, falta de stock de kit de toma de muestras en la prestación del servicio en la ESE ISABU	Contagio del personal con COVID-19	NO	5	5	Extrema	1.Mantener un stock mensual de insumos de elementos de protección personal que garantice el cumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a protección del personal frente al COVID-19	3	3	Alta	31/12/2020	1.Registro diario del inventario de kits para toma de muestras. 2.Notificación frente a inconsistencias presentadas durante la prestación del servicio al área de seguridad y salud en el trabajo.	1.Registro diario de los kits 2.Pantallazos de correos enviados	Lider del proceso Apoyo Terapéutico
APOYO DIAGNOSTICO	1. Falta de solicitud del documento de identificación antes del ingreso de los datos al sistema de información del Laboratorio clínico	20	Entrega de resultados equivocados por la incorrecta verificación de datos del usuario durante la fase preanalítica por parte del profesional que toma la muestra en las diferentes áreas operativas de la ESE ISBAU	1.Queja por parte del usuario 2.Diagnóstico errado 3.Demandas por parte del usuario	NO	5	3	Extrema	1.Implementar una lista de chequeo para verificación de solicitud de cedula en el momento del ingreso del paciente al sistema semanalmente 2.Retroalimentación y sensibilización al personal durante los grupos primarios sobre la importancia de cumplir con el procedimiento de toma de muestras	2	2	Baja	31/12/2020	1.Documentar la lista de chequeo para verificación de solicitud de cedula el momento de ingreso al sistema. 2.Implementar la lista de chequeo para verificación del cumplimiento de la solicitud de la cedula 3.Socializar y sensibilizar en grupos primarios	1.Lista de chequeo 2.Lista de chequeo implementada 3.Actas de grupos primarios	Lider del proceso Apoyo Diagnóstico
APOYO DIAGNOSTICO	1.Falta de adherencia al procedimiento de entrega de resultados	21	Entrega de resultados alterados relacionados con evento de salud pública de manera inoportuna cuando se valida el resultado por parte del Bacteriólogo y auxiliar en el servicio de Laboratorio Clínico	1.Demandas por parte del paciente 2.Quejas 3.Diagnóstico equivocado 4.Afectación de la salud del paciente	NO	4	4	Extrema	Seguimiento diario de los resultados alterados, registrando en la planilla de registros críticos, notificación vía correo electrónico y doble revisión de los resultados antes de ser entregados.	2	2	Baja	31/12/2020	1.Notificación vía correo electrónico 2.Registro de pacientes críticos 3.Doble revisión por parte de la auxiliar	Matriz de registro de pacientes críticos, Muestra aleatoria de los pantallazos de la notificación vía correo.	Lider Apoyo diagnóstico
APOYO DIAGNOSTICO	1.Unico proveedor de mantenimiento y repuestos para equipo de radiología	22	Brindar atención inoportuna en la asignación de citas de rayos X en el servicio de radiología cuando se presentan daños en los equipos	No prestación de servicio y no hay ingeniero de zona en santander	NO	4	3	Extrema	Garantizar el mantenimiento preventivo del equipo a través de un contrato que evite al máximo mantenimientos correctivos Cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo Generar un plan de contingencia para cuando el equipo presente una falla que garantice la continuidad en la prestación del servicio	2	2	Baja	31/12/2020	1.Realizar Contrato de mantenimiento preventivo del equipo de rayos x 2.Cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo 3. Documentar el Plan de Contingencia para cuando el equipo presente una falla	1.Contrato de mantenimiento 2.Cronograma de mantenimiento 3.Plan de contingencia para cuando se presente un daño en el equipo	Lider Apoyo diagnóstico

	SALUD PUBLICA	1.Población flotante 2.Población dispersa 3.Falta de recursos financieros para hacer búsqueda y captación de población 4.Metas sobredimensionadas por parte de las EPS 5.Falta de caracterización de la población por falta de la EPS	23	Incumplimiento de la captación y atención de la población objeto de la promoción y prevención, dificultad en seguimiento al riesgo en salud por población flotante, difícil de captar, barreras de acceso, población con extrema pobreza, durante la prestación de los servicios de Promoción y Prevención en la ESE ISABU	1.No cumplimiento de metas 2.Usuarios con complicación de sus patologías de base por falta de gestión del riesgo	NO	5	3	Extrema	1.Seguimiento mensual al cumplimiento de las actividades de promoción y prevención y retroalimentación a la Subgerencia Científica, directores técnicos y enfermeras jefes, para tomar medidas de mejoramiento.	3	3	Alta	31/12/2020	1.Seguimiento mensual de cumplimiento de actividades de promoción y prevención 2.Seguimiento a la gestión del riesgo	1.Matriz de excell incluye porcentaje de cumplimiento 2. Matriz de seguimiento gestión del riesgo	Coordinadora PYP
	SALUD PUBLICA	Falta de adherencia a los procedimientos y protocolos de conservación de cadena de frio Falta de procedimiento claro con responsables definidos para control de la cadena de frio	24	Ruptura de la cadena de frio para conservación de inmunobiológicos por falta de adherencia a los procedimientos y protocolos por parte de los involucrados en el proceso	1.Perdida de inmunobiológicos 2.Costos para la institución 2.Perdida de imagen de la institución	NO	5	3	Extrema	Estandarización de l procedimiento de control de la cadena de frio garantizando su socialización y capacitación por parte de la coordinadora Pai, socializar y realizar inducción cada vez que ingrese personal nuevo al servicio de vacunación Establecimiento de controles manuales de verificación de la temperatura diario por parte de las auxiliares de enfermería Establecimiento de controles automáticos (alarmas de notificación cuando haya cambios de temperaturas en los refrigeradores) el sistema Establecimiento de plan de contingencia para los casos de fallo de energia eléctrica	3	3	Alta	31/12/2020	1.Documentar el procedimiento de control de cadena de frio y plan de contingencia que incluya los controles manuales y automáticos de temperatura de los refrigeradores 2.Socializar a todo el personal involucrado en el servicio de vacunación y cada vez que ingrese personal nuevo a la institución 3.Realizar seguimiento al cumplimiento del procedimiento a través de aplicación mensual de lista de chequeo por parte de la Coordinadora PAI	1.Procedimiento documentado 2. Actas y planillas de asistencia 3.Lista de chequeo aplicada	30/06/2020 10/09/2020 25/11/2020

	SALUD PUBLICA	Falta de adherencia a los procedimientos y protocolos de conservación de cadena de frio	25	Ruptura de la cadena de frio para conservación de inmunobiológicos por falta de adherencia a los procedimientos y protocolos por parte de los involucrados en el proceso	1.Perdida de inmunobiológicos 2.Costos para la institución 2.Perdida de imagen de la institución	NO	5	3	Extrema	Estandarización de l procedimiento de control de la cadena de frio garantizando su socialización y capacitación por parte de la coordinadora Pai, socializar y realizar inducción cada vez que ingrese personal nuevo al servicio de vacunación Establecimiento de controles manuales de verificación de la temperatura diario por parte de las auxiliares de enfermería Establecimiento de controles automáticos (alarmas de notificación cuando haya cambios de temperaturas en los refrigeradores) el sistema Establecimiento de plan de contingencia para los casos de fallo de energia eléctrica	3	3	Alta	31/12/2020	1.Documentar el procedimiento de control de cadena de frio y plan de contingencia que incluya los controles manuales y automáticos de temeperatura de los refrigeradores 2.Socializar a todo el personal involucrado en el servicio de vacunación y cada vez que ingrese personal nuevo a la institución 3.Realizar seguimiento al cumplimiento del procedimiento a través de aplicación mensual de lista de chequeo por parte de la Coordinadora PAI	1.Procedimiento documentado 2. Actas y planillas de asistencia 3.Lista de chequeo aplicada	Coordinadora pyp Coordinadora Salud Infantil
	SALUD PUBLICA	No identificación del 100% de los eventos de interes de salud publica de area asistencial	26	Demora de las acciones vigilancia y control a corde con el protocolo del evento de notificación obligatoria por falta de indentificación del evento de salud pública desde la consulta médica en la ESE ISABU	Afectación en la salud del individuo y de la población	NO	5	5	Extrema	1. Subgerencia científica - Lider de Salud Publica 2. Verificacion semanal y mensula de los diagnosticos publicados en el sistema de informacion. 3. Garantizar la notificacion de los eventos de interes de salud publica. 4. Acciones vigilancia y control a corde con el protocolo del evento. 5. Base de seguimiento y control de los eventos notificados de interes de salud publica. (SIVIGILA- cove-unidad de analisis)	4	2	Alta	31/12/2020	1.Verificar semanal y mensualmente los diagnósticos publicados en el sistema de información grantizando la notificación de los eventos de salud pública.	1. Verificacion semanal y mensual de los diagnosticos publicados en el sistema de informacion. 2. Garantizar la notificacion de los eventos de interes de salud publica. 3. Acciones vigilancia y control a corde con el protocolo del evento. 4. Base de seguimiento y control de los eventos notificados de interes de salud publica. (SIVIGILA- cove-unidad de analisis)	Jefe vigilancia epidemiológica

APOYO	GESTION FINANCIERA	<p>1. Deficiencias en el sistema de información que permita registrar de forma correcta la radicación, las glosas y devoluciones.</p> <p>2. Falta de oportunidad en la gestión de conciliación de las glosas y objeciones.</p> <p>3. Deficiencia en los sistemas de información utilizados para la generación de informes para la correcta y rápida conciliación de glosas y cartera.</p> <p>4. Falta de oportunidad en el registro de la información financiera relacionada con las glosas, devoluciones, objeciones y pago o dispersión de los recursos.</p>	27	<p>Crecimiento de la cartera por la inoportunidad en el proceso de la radicación de facturas y de respuestas oportunas en el trámite de glosas y devoluciones, lo que genera deficiencia en el cobro de recursos financieros los cuales dan liquidez y ayudan a garantizar la sostenibilidad financiera de la institución.</p>	<p>1. Incumplimiento en el pago de obligaciones con proveedores, contratistas y empleados de la Empresa.</p> <p>2. Inexactitud en los estados financieros frente a la realidad económica y financiera de la entidad.</p> <p>3. Pérdida de dinero por prescripción de la facturación</p>	NO	3	4	Extrema	<p>1. Los técnicos de cartera deben realizar Control en la radicación Permanente y sistemático de tal forma que podamos radicar todo lo facturado.</p> <p>2. Los técnicos de cartera deberán capturar todas las glosas notificadas y se llevará control de lo notificado con su respectiva respuesta (aceptación total, parcial, rechazar) en oficio o correo electrónico, dentro de los tiempos establecidos en la normatividad y sacarán cita de conciliación de lo que se ratifique la ERP</p> <p>3. Seguimiento permanente y mediante notificación por oficio, llamadas, correos electrónicos, certificados, mesas de conciliación, y acuerdos de pago, para el pago oportuno de los servicios.</p>	2	3	Moderada	31/12/2020	<p>1. Comunicaciones constantes y permanentes gestionando cobros de los valores adeudados a las ERP.</p> <p>2. Asistir a mesas de conciliación programadas por el ISABU o por los Entes de Control, para la conciliación de cartera, procurando suscribir acta de acuerdo de pago.</p> <p>3. Conciliaciones periódicas de glosas aceptadas a la ERPS, las cuales deben ser aplicadas en sistema de información de forma inmediata.</p>	<p>Archivos en Excell, oficios, Correos electrónicos, seguimiento a llamadas telefónicas, visitas a las EPS,.</p> <p>Notificación a los entes de control.</p> <p>Actas de conciliación de glosas y cartera.</p> <p>Registros en el sistema de información PANACEA, generados en informes</p>	Subgerente Administrativo y Profesional coordinador de cartera
	GESTION FINANCIERA	<p>Vulnerabilidad de los sistemas de protección de la información confidencial.</p> <p>Vulnerabilidad de la red utilizada para la gestión de la información</p>	28	<p>Pérdidas patrimoniales por ataques criminales a los recursos financieros de la empresa mediante ataques cibernéticos durante el desarrollo del proceso en la ESE ISABU</p>	<p>1. Pérdida de recursos financieros para el pago de obligaciones y funcionamiento de la entidad.</p> <p>2. Detrimiento de las utilidades de la institución</p>	NO	5	3	Extrema	<p>1. Mantener actualizadas las consolas antivirus anualmente por parte de la oficina de sistemas</p> <p>2. Realizar backup de la información periódicamente para salvaguardar la información por parte de la oficina de sistemas</p>	3	2	Moderada	31/12/2020	<p>1. Actualización de licencias</p> <p>2. Realizar backup de la información periódicamente</p>	<p>1. Certificación de licencia</p> <p>2. Certificación de backup por parte de la oficina de sistemas</p>	Oficina de Sistemas Tesorero
	GESTION JURIDICA	<p>Poca adherencia a la resolución 322 de 2018 en lo concerniente a obligaciones del supervisor</p>	29	<p>Indebida supervisión contractual, por falta de adherencia a la resolución 322 de 2018 en lo concerniente a obligaciones del supervisor, durante el desarrollo del contrato en la ESE ISABU</p>	<p>Sanciones Disciplinarias y fiscales</p>	NO	4	3	Alta	<p>1. El Jefe de oficina jurídica trimestralmente con el fin de lograr el efectivo servicio de la supervisión realizará de talleres de capacitación a todos los funcionarios que funjan como contratistas, estos talleres se realizarán cada vez que se actualice la normatividad vigente aplicable</p>	2	3	Moderada	31/12/2020	<p>1. Continuar con la capacitación y sensibilización a los supervisores trimestralmente</p> <p>2. Realizar auditoría trimestral a los contratos para verificar la idoneidad de la planilla de pago</p>	<p>1. Acta y planillas de asistencias</p> <p>2. Informe de Auditoría</p>	Jefe Oficina Jurídica

JACION	GESTION JURIDICA	Desconocimiento técnico de las necesidades	30	Ausencia de especificaciones técnicas claras en los requerimientos contractuales para elaboración de estudios previos en la ESE ISABU	contratación sin especificaciones técnicas debidas	NO	4	2	Alta	1.El Jefe oficina jurídica trimestralmente con el fin de lograr la correcta elaboración de los requerimientos técnicos para la elaboración de estudios previos,realizara talleres de capacitación a todos los funcionarios y/o contratistas responsables en la elaboración de la necesidad y deben informar a la oficina jurídica cada vez que se presente una irregularidad	3	2	Moderada	31/12/2020	Realizar capacitaciones a todos los supervisores que aprendan a red1.actar las especificaciones técnicas de los contratos	Actas y planillas de asistencia	Jefe Oficina Jurídica
	GESTION DE RECURSOS FISICOS	1.Falta de compromiso de los colaboradores en informar y registrar el movimiento de los activos 2.Falta de supervisión al contratista para que finalizado el contrato entregue los bienes a sus cargo	31	Inventarios desactualizados por traslados de activos fijos sin solicitar autorización al almacén	1.Descuadre de inventarios en el sistema. 2.Pérdida de activos fijos	NO	3	3	Alta	Revisar y ajustar el procedimiento de traslado de activos y socializar con todos los colaboradores	2	2	Baja	31/12/2020	1.Revisar el documento 2.Pasar el documento a aprobación por calidad 3.Socializar el documento con los colaboradores 4.Evaluar el conocimiento del procedimiento	1.Documento aprobado 2.Pantallazos de envío de documento 3.Actas y planillas de asistencia 4.Informe de evaluación	Almacenista, coordinador de inventarios
	GESTION DE RECURSOS FISICOS	1.Falta de recursos económicos por parte de la ESE ISABU	32	Falla en los equipos biomédicos que afectan la prestación de servicio por falta de pago a los proveedores en la ESE ISABU	1.Interrupción en la prestación del servicio 2.Cancelación de prestación de servicios 3.Quejas de los usuarios 4.Falta de calidad en la prestación del servicio 5.Incumplimiento del plan de mantenimiento	NO	3	3	Alta	Realizar seguimiento a la ejecución del contrato e informar a la oficina gestora mensualmente los inconvenientes presentados durante la ejecución.	1	3	Baja	31/12/2020	Realizar seguimiento al cumplimiento del contrato y reportar a la oficina gestora los inconvenientes presentados	1.Correos enviados 2.Oficios enviados	Ingeniera Biomédica
	GESTION DE LAS TICS	1.Licencias antivirus no actualizadas	33	Información perdida por virus ingresados al sistema por no contar con licencias actualizadas antivirus	Pérdida de información Daño en equipos Pérdida de tiempo para poder entregar información oportunamente	NO	5	5	Extrema	Mantener actualizada la consola de antivirus, tener actualizada la licencia del firewall para apoyar la seguridad del antivirus	3	3	Alta	31/12/2020	1.Actualizar la consola de antivirus una vez sea adquirida por la Institución 2.Mantener actualizada la licencia del firewall para apoyo de seguridad	1.Documento de licenciamiento de consola 2.Informe de licenciamiento de firewall	Lider Proceso Gestion de las TICS
	CONTROL INTERNO	• Falta de planeación • Desconocimiento de modificaciones normativas.	34	Presentación inoportuna de informes de ley por desconocimiento en normatividad y términos de tiempos de obligatorio cumplimiento a los entes gubernamentales por parte del personal de apoyo de la oficina de Control Interno.	• Llamados de atención de entes de control. • Sanciones disciplinarias.	No	3	4	Extrema	• Plan Anual de auditorías • Cronograma de actividades, seguimientos y auditorías.	1	2	Baja	31/12/2020	• Plan Anual de auditorías • Cronograma de actividades, seguimientos y auditorías.	• Cuadro en Excel relacionando cronograma, seguimientos y auditorías los informes de ley a presentar. • Cuadro en Excel relacionando cronograma de actividades y auditorías.	Jefe Control Interno

EVALI	CONTROL INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • No enviar las comunicaciones de solicitud de la información • Falta de compromiso de los líderes de proceso. 	35 Entregar información extemporanea por parte de los líderes de procesos o dependencias requerida por parte de la oficina de control interno para el desarrollo de las auditorias y seguimientos programados.	<ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento de los Roles de la oficina de control interno, así como posibles sanciones que implican afectacion de los objetivos y institucionales. 	No	4	3	Alta	•Actas ,seguimiento y comunicaciones	3	2	Moderada	31/12/2020	•Actas Seguimiento y comunicaciones	• Informe de auditorías y seguimientos	Jefe Control Interno
-------	-----------------	---	---	---	----	---	---	------	--------------------------------------	---	---	----------	------------	-------------------------------------	--	----------------------

B