

**MATRIZ DE RIESGOS**



CODIGO:  
PC-FR-003

FECHA DE ELABORACION:  
16 DE JULIO DE 2015

FECHA DE ACTUALIZACION:  
22 DE JUNIO DE 2016

VERSION: 2

PAGINA 2 DE 2

<b>Fecha</b>	22 DE JUNIO DE 2016	<b>RIESGOS POR:</b>	<b>X</b>	<b>PROCESOS</b>		<b>INSTITUCIONAL</b>
<b>PROCESO:</b> PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE	<b>OBJETIVO:</b> Asesorar y coordinar la planeación institucional y el diseño, implementación, verificación y mejora del Sistema Integrado de Gestión, mediante acompañamiento al nivel directivo, unidades funcionales y demás áreas y servicios para apoyar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y los objetivos y metas de cada uno de los procesos.					

IDENTIFICACION			ANÁLISIS				VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO				
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESERVA ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCIÓN DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCIÓN	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL	D102C	Inadecuado uso de poder en las decisiones institucionales	1. Tramite de influencias 2. Intereses personales	1. Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por actos o hechos de corrupción comprobados. 2. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador.	1	5	5	1. Manuales de funciones 2. Codigo de Etica 3. Procesos y procedimientos 4. Rendición de cuentas 5. Informes y reportes	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	1	5	5	EVITAR EL RIESGO	1. Elaboración del Plan Anticorrupción del Hospital  2. Seguimiento del Plan Anticorrupción del Hospital	Jefe Oficina de Planeación y Calidad  Jefe Oficina de Planeación y Calidad	31/03/2016  31/12/2016	1  2	Plan Anticorrupción elaborado  Evaluaciones realizadas al plan anticorrupción	1  1	Se elaboró y se publicó el 31 de marzo en la pagina web del Hospital, en el link de Transparencia y Acceso a la Información.  Se realizó la primera evaluación (cuatrimestral) y se publico en la pagina web del hospital en el link de Transparencia y acceso a la información
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE INTERNACIÓN MÉDICA	S101C	Inoportunidad en la prestación del servicio en internación	1. Conducta clinica o quirurgica definida en tiempos prolongados. 2. Ausencia de autorización por parte de la ERP 3. Talento humano insuficiente para la cobertura por contingencias de ausencia de personal en el servicio. 4. Discontinuidad en el suministro de medicamentos, insumos y dispositivos médicos 5. Discontinuidad en el suministro de hemoderivados 6. Alto porcentaje de ocupacion en uci 7. Tiempos prolongados en la definición, toma y reporte de las ayudas diagnósticas internas y/o externas.	1. Pérdidas de vidas humanas 2. Lesiones o enfermedades que causan discapacidad. 3. Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad. 4. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de manera importante el cumplimiento en las metas de gobierno (no presupuestales). 5. Imagen institucional afectada en el orden regional por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos.	5	5	25	1. Auditoria Concurrente 2. Plan anual de compras 3. Verificación diaria de faltantes de insumos y dispositivos médicos 4. Contratación de supernumerarios. 5. Censo diario de pacientes.	PREVENTIVO	1	1	1	1	0	60%	4	5	20	EVITAR EL RIESGO	1. Documentar los protocolos y guias de Manejo  2. Medición de adherencia de los protocolos y guias de manejo de la institución.  3. Documentar el procedimiento para la auditoria concurrente	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería  Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería  Coordinador Servicio de Internación y subgerencia científica	31/12/2016  31/12/2016  31/07/2016	1  1  1	Protocolos y guias de manejo documentados / Total de documentos de obligatorio cumplimiento Res 2003  Medicion de adherencia realizadas / Total de protocolos y guias de manejo aprobadas  Procedimiento de auditoria concurrente documentado	0.6  0.0  0.0	Listado de avances en documentación médica y de enfermería perteneciente a la Unidad Funcional de Internación Médica.  No se ha iniciado la medición de adherencia.  Se cuenta ya con un borrador del procedimiento de auditoria concurrente para revisión y aprobacion. Actividad vence el 31-07-2016

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO			
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPOSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPLETADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
			8. Demoras en el traslado intra y extra institucional de los pacientes. 9. Demoras en el alistamiento de la cama. 10. Falta de controles en el almacenamiento, custodia y dispensación de los medicamentos e insumos.																	4. Seguimiento y análisis del informe de entrega de turno del profesional de enfermería.	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	Mensual	1	Total de requerimientos realizados / total de eventos reportados en el Informe de entrega de turno	1.0	A diario se revisan los informes de entrega de turno de los servicios de internación médica y se realizan los requerimientos pertinentes.
																				5. Presentar propuesta de ajuste del procedimiento de limpieza terminal	Coordinador del Departamento de Enfermería	31/12/2016	1	Propuesta de ajuste del procedimiento de limpieza terminal presentada	1.0	La coordinadora de Enfermería reviso el contrato de Aseo con el supervisor del contario y esta ajustado la realización de la limpieza terminal por parte del personal de servicios generales.
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE INTERNACIÓN MÉDICA	SI02C	Ocurrencia de eventos adversos e incidentes	1. Falta de adherencia a los protocolos y guías. 2. Insumos sin cumplir los requerimientos técnicos esperados. 3. Discontinuidad en el suministro de medicamentos, insumos y dispositivos médicos. 4. Mobiliario y equipo biomédico en condiciones físicas y técnicas no adecuadas. 5. Adecuaciones físicas sin cumplimiento de los requisitos de habitación (baños) 6. Ausencia temporal del personal en el servicios para la realización de actividades de apoyo (camillaje y transporte) 7. Toma de desiciones basadas en registros errados. 8. Registro inadecuados en la HC 9. Falta de cultura del reporte de los incidentes, eventos adversos y fallas administrativas.	1. Pérdidas de vidas humanas 2. Lesiones o enfermedades que causan discapacidad. 3. Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad. 4. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de manera importante el cumplimiento en las metas de gobierno (no presupuestales). 5. Imagen institucional afectada en el orden regional por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. 6. Pérdida de Información crítica para la entidad que no se puede recuperar. 7. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador.	4	5	20	1. Guías y protocolos del servicio 2. Auditoría concurrente 3. Plan de mantenimiento anual 4. Reporte de fallas técnica de Insumos y dispositivos médicos. 5. Plan de capacitación 6. Programa seguridad del paciente	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	2	5	10	EVITAR EL RIESGO	1. Implementar rondas de seguridad por los servicios	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	Mensual	1	Total de rondas realizadas / Total de rondas programadas	0.8	Rondas programadas 4, realizadas 3. Informa Enfermera de Seguridad de Pacientes.
																			2. Documentar las Guías y protocolos de Manejo	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	31/12/2016	1	Protocolos y guías de manejo documentados / Total de documentos de obligatorio cumplimiento Res 2003	0.6	Listado de avances en documentación médica y de enfermería perteneciente a la Unidad Funcional de Internación Médica.	
																			3. Medición de adherencia de las guías y protocolos de manejo de la institución	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	31/12/2016	1	Medición de adherencia realizadas / Total de protocolos y guías de manejo aprobadas	0.0	No se ha iniciado la medición de adherencia.	
																			4. Realizar la solicitud del plan de mantenimiento preventivo anual para los servicios de internación	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	30/06/2016	1	Plan de mantenimiento solicitado	1.0	Se solicito a la coordinadora de mantenimiento y fue enviado a esta Unidad Funcional.	
																			5. Verificación del cumplimiento del plan de mantenimiento anual para los servicios de internación	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	31/12/2016	1	Total de visitas realizadas / Total de visitas de programadas	0.9	Informe enviado por la Coordinadora de mantenimiento.	

IDENTIFICACION			ANALISIS				VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO				
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPOSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
																				6. Reporte y seguimiento a los eventos adversos ocurridos por los registros errados.	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	31/12/2016	1	Total de eventos adversos reportados / Total de eventos adversos ocurridos por registros errados	0.0	No se presentaron durante este periodo reporte de eventos adversos ocurridos por registros errados.
																					Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	31/12/2016	1	Numero de planes de mejoramiento implementados / Total de eventos adversos ocurridos por registros errados	0.0	No se presentaron durante este periodo reporte de eventos adversos ocurridos por registros errados.
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	SU06C	Perdida de insumos, equipo medico y material medico quirurgico.	1. Falta de sitio seguro para almacenar las pertenencias del usuario interno 2. Falta de ayudas tecnologicas para la vigilancia del servicio 3. Escecez de punto de vigilancia.	1. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 2. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma importante las metas presupuestales y financieras. 3. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	4	4	16	1. Libros de control de inventarios 2. Camaras de vigilancia	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	2	4	8	EVITAR EL RIESGO	1. Documentar las politicas operacionales del servicios de urgencia en donde se establezca la identificación del cliente interno y externo	PE. Area salud - UF de Urgencias	31/12/2016	1	Politica documentada	0.0	Tarea pendiente por desarrollar.
																				2. Capacitar al personal en la cultura de valores y principios institucionales	PE. Area salud - UF de Urgencias	mensual	6	Capacitaciones realizadas	2.0	Se esta desarrollando esta actividad
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, INFECCIONES Y ESTADÍSTICA	VE02C	Uso inadecuado de la información del área.	1. Deficiencia en los controles establecidos en la custodia de la información. 2. Falta de adherencia a los procedimientos establecido para el área. 3. Incumplimiento al codigo de etica. 4. Formatos no estandarizado de recoleccion de información estadística.	1. Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad. 2. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. 3. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador.	3	4	12	1. Gestion documental. 2. Acta de socializacion y seguimiento al codigo de Etica.	PREVENTIVO	1	1	1	1	0	60%	2	4	8	EVITAR EL RIESGO	1. Ajustar acorde a la normativa vigente el cumplimiento de la gestion documental.	P.U lider del proceso	31/12/2016	1	Formato de chequeo del cumplimiento de la norma de gestión documental	AVANCE 0,5	FORMATO EN CONSTRUCCION Y HACE PARTE DEL PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA AUDITORIA DEL PROCESO REALIZADA EN EL MES DE MAYO Y JUNIO 2016.
																				2. Establecer el procedimiento y/o instructivo para la información estadística.	Tecnico Administrativa (Estadística)	31/12/2016	1	Procedimiento y/o instructivo documentado y apróbado	AVANCE 30 %	EN CONSTRUCCION CON EL ACOMPAÑAMIENTO DE LA OFICINA DE PLANEACION Y CALIDAD