

MATRIZ DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN



CODIGO: PC-FR-003	FECHA DE ELABORACION: 16 DE JULIO DE 2015	FECHA DE ACTUALIZACION: 22 DE JUNIO DE 2016	VERSION: 3	PAGINA 1 DE 14
----------------------	--	--	------------	----------------

Fecha	31/01/2017	RIESGOS POR:		PROCESOS	X	INSTITUCIONAL
PROCESO: DIRECCIONAMIENT O INSTITUCIONAL	OBJETIVO: Diseñar las políticas institucionales y orientar su cumplimiento mediante la dirección, planeación, evaluación y control en la administración y gestión de la institución, para el desarrollo de la misión y el logro de los objetivos estratégicos.					
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE INTERNACIÓN MÉDICA	Brindar una atención en servicios de hospitalización general y crítica a población adulta, pediátrica y neonatal de forma segura, oportuna, continua, integral, pertinente y humanizada, mediante la organización del recurso humano y físico, para mantener, recuperar y/o mejorar las condiciones de salud del usuario.					
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	Brindar un servicio en salud oportuno, seguro, continuo, integral, pertinente y humanizado mediante la organización de los recursos humano, físico y de apoyo, aplicando el plan de manejo a los pacientes que acceden al servicio de urgencias para garantizar la calidad de la atención.					
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, INFECCIONES Y ESTADÍSTICA	Identificar, analizar y gestionar oportunamente los eventos de interés en salud pública e infecciones asociadas a la atención en salud, mediante la implementación de programas institucionales para establecer datos estadísticos y formular estrategias internas de prevención y control.					
PRESTACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE APOYO A LA ATENCIÓN	Brindar una atención en servicios ambulatorios y de apoyo a la atención de forma segura, oportuna, continua, integral, pertinente y humanizada, mediante la organización del talento humano y recursos físicos para mantener, recuperar y/o mejorar las condiciones de salud del usuario.					
ATENCIÓN AL USUARIO Y TRABAJO SOCIAL	Identificar, analizar, gestionar oportuna y satisfactoriamente situaciones económicas, sociales y familiares que afecten la prestación de los servicios de salud y a la Institución; mediante la intervención social y desarrollo de los sistemas de información que faciliten la interacción con los usuarios de acuerdo a sus necesidades y percepción frente a la atención y evaluación de la información.					
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	Gestionar los recursos humanos, documentales, ambientales, de apoyo logístico, físicos, de infraestructura, equipos, insumos, de información y el mantenimiento necesario con oportunidad, continuidad y seguridad, conforme a las políticas, planes, programas y requerimientos de las diferentes áreas, mediante la identificación de las necesidades y la planeación, provisión y control de los recursos, para garantizar la prestación de los servicios de forma integral.					
GESTIÓN FINANCIERA	Administrar eficientemente los recursos económicos y la información financiera mediante la ejecución de los procedimientos propios de la gestión acorde con la normatividad vigente, generando información confiable y oportuna para la toma de decisiones que lleven al equilibrio financiero de la institución.					
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	Garantizar el debido proceso y dar trámite oportuno a todos los procesos disciplinarios, aplicando la ley disciplinaria a los sujetos disciplinables consignados en la Constitución y la Ley, conforme a lo dispuesto en el Código Disciplinario Único y demás normas aplicables.					
PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS	Brindar una atención en servicios quirúrgicos y obstétricos de forma oportuna, segura, continua, integral, pertinente y humanizada, mediante la organización del recurso humano y físico, para mantener, recuperar y/o mejorar las condiciones de salud del usuario.					
GESTIÓN JURÍDICA	Asesorar, asistir y defender de manera eficiente y oportuna a la institución mediante el cumplimiento del marco normativo vigente, para contribuir con el desarrollo del direccionamiento estratégico de la organización.					
CONTROL INTERNO	Medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles y del sistema de control interno, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos, mediante la realización de las auditorías internas, acompañamiento y asesoría, evaluación y seguimiento, auditoría y asesoría a la administración del riesgo, fomento de la cultura del autocontrol y la relación con entes externos.					
SERVICIO FARMACÉUTICO	Proveer una atención oportuna y segura desde el servicio farmacéutico mediante la organización del recurso humano, físico y el cumplimiento de la normatividad, apoyando la planeación de la atención y ejecución del tratamiento farmacológico determinado para prevenir, diagnosticar, recuperar y/o mejorar las condiciones de salud del usuario.					

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 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	OPCIÓN DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCIÓN	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
DIRECCIONAMIENT O INSTITUCIONAL	DI02C	Inadecuado uso de poder en las decisiones institucionales	1. Trámite 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. Código de Ética 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	31/01/2017 31/12/2017	1 2	Plan Anticorrupción elaborado Evaluaciones realizadas al plan anticorrupción		

IDENTIFICACION			ANALISIS				VALORACION										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO				
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCION 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 APLICACION DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACION COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACION DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
PRESTACION DE SERVICIOS DE INTERNACION MEDICA	SI01C	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. 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.	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	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermeria	31/12/2017	100%	Protocolos y guias de manejo documentados / Total de documentos de obligatorio cumplimiento Res 2003		
																				2. Medición de adherencia de los protocolos y guias de manejo de la institución.	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermeria	31/12/2017	100%	Medicion de adherencia realizadas / Total de protocolos y guias de manejo aprobadas		
																				3. Documentar el procedimiento para la auditoria concurrente	Coordinador Servicio de Internación y subgerencia científica	31/07/2017	1	Procedimiento de auditoria concurrente documentado		
																				4. Seguimiento y análisis del informe de entrega de turno del profesional de enfermeria.	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermeria	Mensual	1	Total de requerimientos realizados / total de eventos reportados en el Informe de entrega de turno		
																				5. Presentar propuesta de ajuste del procedimiento de limpieza terminal	Coordinador del Departamento de Enfermeria	31/12/2016	1	Propuesta de ajuste del procedimiento de limpieza terminal presentada		
PRESTACION DE SERVICIOS DE INTERNACION MEDICA	SI02C	Ocurrencia de eventos adversos e incidentes	1. Falta de adherencia a los protocolos y guias. 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 habilitación (baños) 6. Ausencia temporal del	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	4	5	20	1. Guias y protocolos del servicio 2. Auditoria 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	100%	2	5	10	EVITAR EL RIESGO	1. Implementar rondas de seguridad por los servicios	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermeria	Mensual	100%	Total de rondas realizadas / Total de rondas programadas			
																			2. Documentar las Guias y protocolos de Manejo	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermeria	31/12/2017	100%	Protocolos y guias de manejo documentados / Total de documentos de obligatorio cumplimiento Res 2003			

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 RESPONSABLE 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
			personal en el servicios para la realizacion de actividades de apoyo (camillaje y transporte) 7. Toma de decisiones basadas en registros errados. 8. Registro inadecuados en la HC 9. Falta de cultura del reporte de los incidentes, eventos adversos y fallas administrativas.	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.																3. Medición de adherencia de las guías y protocolos de manejo de la institución	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	31/12/2017	100%	Medicion de adherencia realizadas / Total de protocolos y guías de manejo aprobadas		
																				4. Realizar la solicitud del plan de mantenimiento preventivo anual para los servicios de internación	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	30/06/2017	1	Plan de mantenimiento solicitado		
																				5. Verificación del cumplimiento del plan de mantenimiento anual para los servicios de internación	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	31/12/2017	100%	Total de visitas realizadas / Total de visitas de programadas		
																				6. Reporte y seguimiento a los eventos adversos ocurridos por los registros errados.	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	31/12/2017	100%	Total de eventos adversos reportados / Total de eventos adversos ocurridos por registros errados		
																					Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	31/12/2017	100%	Numero de planes de mejoramiento implementados / Total 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. Escechez 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 Uregencias	31/12/2017	1	Politica documentada		
																				2. Capacitar al personal en la cultura de valores y principios institucionales	PE. Area salud - UF de Uregencias	mensual	6	Capacitaciones realizadas		

IDENTIFICACION			ANALISIS				VALORACION										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO				
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCION 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 APLICACION DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACION COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACION DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, INFECCIONES Y ESTADISTICA	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 código de ética. 4. Formatos no estandarizado de recolección 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 socialización y seguimiento al código 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 gestión documental.	P.U lider del proceso	31/12/2017	1	Formato de chequeo del cumplimiento de la norma de gestión documental		
																				2. Establecer el procedimiento y/o instructivo para la información estadística.	Tecnico Administrativo (Estadística)	31/12/2017	100%	Procedimiento y/o instructivo documentado y aprobado		
PRESTACION DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE APOYO A LA ATENCION	SA05C	Prestación de servicios no facturados y/o glosados	1. Trafico de influencias 2. Utilización no controlada de las ordenes médicas. 3. Falta de adherencia al procedimiento de atención. 4. Sistema de información no adecuado. 5. Suplantación en la facturación de los servicios	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras. 2. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador.	4	4	16	1. Verificación de los requisitos para la prestación del servicio. 2. Plan de capacitaciones	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	2	4	8	EVITAR EL RIESGO	1. Auditorias al proceso de atención.	Coordinadores de los servicios ambulatorios y de apoyo a la atención	mensual	6	Informes de auditoria interna realizada a los servicios		
																				2. Implementación del anecdotario de evidencias.	Coordinadores de los servicios ambulatorios y de apoyo a la atención	31/05/2017	100%	Anedotarios creados / Total de oficinas del servicio ambulatorio y de apoyo a la atención		
																				3. Reporte de hallazgos a la oficina de control disciplinario	Coordinadores de los servicios ambulatorios y de apoyo a la atención	31/12/2017	100%	Total de reportes tramitados a la oficina de control interno disciplinario / Total de hallazgos encontrados		
																				4. Talleres de sensibilización al personal.	Coordinadores de los servicios ambulatorios y de apoyo a la atención	31/12/2017	100%	Reuniones realizadas / Total de oficinas del servicio ambulatorio y de apoyo a la atención		

IDENTIFICACION			ANALISIS				VALORACION										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO				
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCION 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 APLICACION DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACION COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACION DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
PRESTACION DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE APOYO A LA ATENCION	SA06C	Perdida de insumos, reactivos y/o dispositivos medicos.	1. Manejo inadecuado del control de inventarios en los servicios. 2. Falta de seguimiento a las fechas de vencimiento 3. Inadecuado almacenamiento y custodia de los insumos, reactivos y/o dispositivos 4. Falta de adherencia del talento humano a los principios y valores institucionales.	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras. 2. Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por actos o hechos de corrupcion comprobados. 3. Sancion por parte ente de control u otro ente regulador.	2	5	10	1. Control de inventarios y manejo de kardex 2. Listas de chequeo 3. Acta de compromiso de principios y valores	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	1	5	5	EVITAR EL RIESGO	1. Socializar el codigo de etica, principios y valores	Coordinadores de los servicios ambulatorios y de apoyo a la atencion	31/12/2017	100%	Reuniones realizadas / Total de oficinas del servicio ambulatorio y de apoyo a la atencion		
																				2. Realizar auditorias internas a los inventarios de los servicios de la unidad	Coordinadores de los servicios ambulatorios y de apoyo a la atencion			mensual	6	auditorias internas realizadas
ATENCION AL USUARIO Y TRABAJO SOCIAL	AU01C	No gestionar las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias dentro de los terminos de ley	1. Inoportunidad por parte del area involucrada en la respuesta de las PQRS 2. Cese de actividades por factores externos. 3. No direccionar las PQRS al area involucrada 4. Informacion incompleta por parte del usuario. 5. Intencion del responsable de desviar u ocultar informacion.	1. Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrian implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad. 2. Reclamaciones o quejas de los usuarios que implican investigaciones internas disciplinarias.	5	2	10	1. Cuadro relacion y seguimiento de las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias 2. Cuadro control de terminos de respuesta 3. Soporte fisico de la gestion de la PQRS 4. Informe mensual PQRS	PREVENTIVO	1	1	1	1	0	60%	4	2	8	EVITAR EL RIESGO	1. Reiterar mediante oficio a cada lider de los servicios con quejas, los compromisos y terminos de dias para la contestacion oportuna de las PQRS.	Coordinador oficina Atencion al Usuario y Trabajo Social	mensual	1	Total de oficios remitidos a los servicios / Total de quejas recibidas		
																				2. Socializar los terminos de respuesta en comite directivo de las PQRS no tramitadas	Coordinador oficina Atencion al Usuario y Trabajo Social			mensual	7	Informes presentados en comite directivo
ATENCION AL USUARIO Y TRABAJO SOCIAL	AU06C	Falta de objetividad en el estudio socioeconomico del usuario diligenciado por trabajo social	1. Informacion incorrecta suministrada por el usuario 2. Informacion incorrecta por interes particular del funcionario. 3. Inoportunidad en la respuesta de las instituciones en la verificacion de la informacion de los usuarios. 4. Inoportunidad en la respuesta de la interconsulta.	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma importante las metas presupuestales y financieras. 2. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	5	3	15	1. Formato de estudio socio economico 2. Interconsulta por trabajo social. 3. Verificacion del usuario en las bases de datos. 4. validacion de la informacion del usuario con instituciones afines.	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	3	3	9	EVITAR EL RIESGO	1. Instructivo elaboracion estudio socioeconomico del usuario.	Coordinador oficina Atencion al Usuario y Trabajo Social	31/08/2017	1	Instructivo elaborado		
																				2. Optimizar los canales de comunicacion con las instituciones que permita obtener informacion veraz y oportuna.	Coordinador oficina Atencion al Usuario y Trabajo Social			30/09/2017	1	Comunicados realizados / Total de EPS con convenios vigenstes

IDENTIFICACION			ANALISIS				VALORACION										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
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GA03C	Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios	<p>1. Falta de medición de la usabilidad de los recursos en términos de software y hardware (aplicación de producción, plataforma web y comunicaciones)</p> <p>2. Inadecuado seguimiento a los contratos con los informes de supervoría y certificación de cumplimiento del objeto del contrato.</p> <p>3. Infraestructura insuficiente para la conservación, preservación, custodia de los documentos.</p> <p>4. No contar con un modulo implementado para el manejo de los activos.</p> <p>5. Datos inconsistentes en el sistema de información de inventarios frente a contabilidad.</p> <p>6. Inadecuado formulacion en los pliegos de condiciones en el tramite de adquisición de bienes y servicios.</p> <p>7. Trafico de influencias para beneficiar a clientes internos o externos.</p> <p>8. Ocurencia de siniestros (Robo, sabotaje, paros, entre otros)</p> <p>9. Ocurencia de fenómenos naturales</p> <p>10. Infraestructura inadecuada de redes de datos y áreas físicas y no cumplimiento de la normativa vigente.</p> <p>11. Documentación desactualizada de la infraestructura tecnológica.</p> <p>12. Carencia de un sistema biométrico de identificación del usuario interno y externo para mejorar el control de ingreso a la Institución.</p> <p>13. Carencia de un programa de gestión documental.</p> <p>14. Inadecuado manejo de los residuos hospitalarios.</p> <p>15. Falta de capacitación en el manejo de los equipos biomédicos al personal responsable.</p>	<p>1. Interrupción de las operaciones de la Entidad por más de cinco (5) días.</p> <p>2. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras.</p> <p>3. Pérdidas de vidas humanas</p> <p>4. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador.</p> <p>5. Pérdida de información crítica que puede ser recuperada de forma parcial o incompleta.</p> <p>6. Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad.</p> <p>7. Inoportunidad en la información ocasionando retrasos en la atención a los usuarios.</p> <p>8. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.</p> <p>9. Lesiones o enfermedades que causan incapacidad mayor o igual a 30 días</p> <p>10. Contaminación dentro de los límites permitidos por la ley</p>	4	5	20	<p>1. Procedimientos e instructivos documentados</p> <p>2. Contratos vigentes de bienes y servicios.</p> <p>3. Presupuesto anual de la entidad</p> <p>4. Inventario anual de insumos y de activos.</p> <p>5. Estatuto de contratación</p> <p>6. Plan anual de mantenimiento</p> <p>7. Manual del sistema de gestión y seguridad y salud en el trabajo.</p> <p>8. Manual de funciones</p> <p>9. Plan de gestión de residuos hospitalarios y similares.</p> <p>10. Polizas de Seguros</p> <p>11. Comité de gestion ambiental</p> <p>12. Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo</p> <p>13. Comité administrativo.</p> <p>14. Comité de compras.</p> <p>15. Comité de tecnovigilancia y farmacovigilancia.</p> <p>16. Plan anual de Capacitación</p> <p>17. Plan de reposición de equipos</p> <p>18. Código de Etica</p>	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	2	5	10	EVITAR EL RIESGO	1. Gestionar la adquisición de un sistema de código de barras para control inventarios,	P.U - Administración de Inventarios y Almacen	31/08/2017	1	Solicitud realizada		
																				2. Gestionar la adecuación de la infraestructura de servidores y cableado para soportar el sistema de información.	P.U - Tecnología de la Información	31/07/2017	1	estudio previos y pliegos		
																				3. Diseñar el PSR y PCB (Plan de recuperación del sistema y Plan de continuidad del negocio) en el area de tecnologia de información.	P.U - Tecnología de la Información	30/11/2017	1	PSR y PCB diseñado		
																				4. Solicitar adecuación de infraestructura para la organización del archivo físico.	Técnico de Gestion Documental	30/06/2017	1	Solicitud realizada		
																				1. Elaborar todos los procedimientos de sistemas de información.	P.U - Tecnología de la Información	31/07/2017	1	Procedimeinto elaborado		
																				6. Implementación de la HC electrónica	P.U - Tecnología de la Información	30/08/2017	1	Total de actividades programadas / Total de actividades propuestas s/cronograma		

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 RESPONSABLE 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
																				7. Actualización de PEGHIR	P.U Gestión Ambiental y apoyo logístico	31/07/2017	1	Actualización Realizada		
																				8. Gestionar capacitación con el proveedor del equipo biomédico al personal encargado de su operación.	P.U Ingeniera Biomédica	31/12/2017	1	Total de capacitaciones realizadas / Total de equipos biomédicos adquiridos en el 2016		
GESTIÓN FINANCIERA	GF01C	Inadecuada selección de la entidad financiera donde se depositan los recursos de la Institución.	1. Falta de política y procedimiento para la selección de la entidad financiera. 2. Portafolio con publicidad engañosa 3. Falta de objetividad en la selección de las propuestas	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras. 2. Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por actos o hechos de corrupción comprobados. 3. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 4. Inoportunidad en la información ocasionando retrasos en la atención a los usuarios.	1	5	5	1. Análisis del portafolio de servicios 2. Apertura de cuenta bancaria a cargo del ordenador del gasto	PREVENTIVO	0	1	1	1	1	90%	1	5	5	EVITAR EL RIESGO	1. Documentar el instructivo para el análisis del portafolio de servicios.	P.U Tesorería	30/08/2017	1	Instructivo Elaborado		
GESTIÓN FINANCIERA	GF02C	Manejo inadecuado de los recursos	1. Error en los soportes de la transacción 2. Error en la gestión de la operación por parte del talento humano de la tesorería 3. Error en la plataforma virtual. 4. Fraude electrónico 5. Apropiación de los recursos por terceros y/o empleados a cargo de los mismos. 6. Influencia en el pago de las acreencias. 7. Custodia inadecuada de los títulos valores 8. Suplantación de firmas autorizadas para el movimiento del efectivo. 9. Falta de instructivo para el recaudo, custodia, consignación y contabilización de los recursos	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras. 2. Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por actos o hechos de corrupción comprobados. 3. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 4. Inoportunidad en la información ocasionando retrasos en la atención a los usuarios. 5. Reproceso de	1	5	5	1. Instructivo de auditoría de obligaciones. 2. Validación automática de los saldos de las obligaciones entre los módulos de tesorería y presupuesto 3. Soporte permanente de la entidad bancaria para el manejo de plataforma virtual. 4. Dispositivo de seguridad con clave personalizada para las dos firmas autorizadas en el manejo de la plataforma virtual 5. Caja fuerte asignada en los puntos de recaudo y en la tesorería con responsable asignado 6. Pólizas de manejo para	PREVENTIVO	1	1	1	1	100%	1	5	5	EVITAR EL RIESGO	1. Elaboración de instructivos para el manejo del efectivo	PU Tesorería	30/08/2017	100%	Instructivos elaborados / Total Instructivos según listado maestro de documentos			
																			2. Elaborar e implementar control de solicitud de acompañamiento de seguridad para el traslado de los dineros.	PU Tesorería	31/07/2017	1	Control de solicitudes elaborado e implementado			

IDENTIFICACION			ANALISIS				VALORACION								MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO						
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCION 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 APLICACION DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACION COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACION DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
				actividades y aumento de carga operativa.				los funcionarios responsables del manejo del efectivo. 7. Plan de pagos elaborado por las subgerencias y el gerente de acuerdo a disponibilidad de recursos y acuerdo de pago. 8. Firmas autorizadas y registradas en el banco.												3. Elaborar e implementar control de solicitud de disponibilidad de vehiculo institucional para el traslado de los dineros.	PU Tesoreria	31/07/2017	1	Control de solicitudes elaborado e implementado		
																				4. Solicitud de instalacion de camaras de seguridad en los puntos de recaudo y sensores de movimiento en la tesoreria en horas no laborales.	PU Tesoreria	31/07/2017	1	Solicitud realizada		
GESTIÓN FINANCIERA	GF07C	Servicios prestados no facturados	1. Trafico de influencia 2. Falta de controles administrativos y del sistema de informacion 3. Inadecuado diligenciamiento de la historia clinica. 4. Falta de registro en la historia clinica e HC incompleta. 5. Falta de compromiso por parte del auxiliar administrativo de facturación. 6. Desconocimiento de la normativa vigente, en manejo de historia clinica y facturacion de servicios de salud.	1. Pérdida de Información crítica para la entidad que no se puede recuperar. 2. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras. 3. Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por actos o hechos de corrupcion comprobados. 4. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 5. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	5	5	25	1. Procedimientos e instructivos documentados 2. Preauditoria a las cuentas 3. Retroalimentacion al personal de facturación 4. Comite de gestion comercial y de cartera	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	3	5	15	EVITAR EL RIESGO	1. Pruebas selectivas al proceso de facturación para validar la produccion vs la facturacion de servicios	P.U Facturación	Mensual	7	Informe mensual de la prueba selectiva		
																			2. Capacitaciones con los médicos especialistas el correcto diligenciamiento de la historia clinica.	P.U Facturación	31/12/2017	100%	Total de reuniones realizadas / Total de reuniones programadas			
																			3. Capacitación y retroalimentacion al talento humano del área de facturación.	P.U Facturación	Mensual	7	Reuniones realizadas			
																			4. Requerimientos al software para la validacion y trazabilidad de la facturación.	P.U Facturación	Mensual	100%	Total de requerimientos realizados / Total de Inconsistencias presentadas			

IDENTIFICACION			ANALISIS				VALORACION										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
GESTIÓN FINANCIERA	GF08C	Servicios prestados y facturados no reconocidos por la entidad	1. Desconocimiento de la normativa vigente, en manejo de historia clínica y facturación de servicios de salud. 2. La no correcta verificación de derechos 3. Fallas en las condiciones pactadas en el acuerdo de voluntades 4. Políticas de conciliación de glosas no ajustadas a la normativa vigente. 5. Mala practica de las EPS. 6. Inconsistencias en la afiliación del usuario 7. Falta de competencia técnica del auditor 8. Trafico de influencias	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras. 2. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 3. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	5	5	25	1. Auditoria concurrente 2. Preauditoria de facturación al SOAT y consorcio. 3. Instructivo preauditoria administrativa de venta de servicios 4. Contrato para respuesta de glosas, devoluciones y conciliaciones, 5. Políticas de glosas 6. Capacitación con las diferentes especialidades y servicios asistenciales retrolalimentando los diferentes motivos de glosas 7. Comite de gestion comercial y de cartera	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	3	5	15	EVITAR EL RIESGO	1. Socializar los motivos de glosas a las diferentes areas asistenciales	P.U Facturación	Mensual	7	Actas de Socialización		
																				2. Capacitar al recurso humano en temas de facturación de servicios de salud y cambios en la normativa vigente.	P.U Facturación	Mensual	7	Reuniones realizadas		
																				3. Realizar reporte diario (Lunes a viernes) a trabajo social de usuarios sin línea de pago definida o con inconsistencias en el servicio de internación.	P.U Facturación	Permanente	100%	Total de reportes realizados/Tot al de inconsistencias presentadas		
																				4. Generar reportes al area comercial de las inconsistencias en las condiciones contractuales y en la parametrización del mismo.	P.U Facturación	Permanente	100%	Total de reportes realizados/Tot al de inconsistencias presentadas		
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	CD01C	No garantizar el debido proceso	1.Desatención del profesional universitario a cargo 2. Presiones indebidas de agentes internos o externos 3. Problemas de correspondencia que conduzcan a inoportunidad en los términos y en las notificaciones 4. Insuficiente personal para atender el número de procesos	1. Sanciones disciplinarias, administrativas, pecuniarias, penales por parte de ente de control u otro ente regulador. 2. Deterioro de la imagen institucional a nivel nacional.	3	4	12	1. Existe un cuadro "Archivo Procesos disciplinarios" 2. Profesional del derecho como responsable del proceso 3. Recursos de ley (apelación, reposición, queja y consulta) 4. Existe la Segunda Instancia que es el	PREVENTIVO	0	1	1	1	1	90%	1	4	4	EVITAR EL RIESGO	1. Elaborar e implementar el cuadro "Archivo Procesos Disciplinarios" dentro del Procedimiento de Gestión del CID	P.U. Control Interno Disciplinario	30/06/2017	1	Formato elaborado		
																						31/07/2017	1	Formato implementado		

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 REPOSABLE 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
			disciplinarios en desarrollo 5. Desconocimiento del Código Único Disciplinario por parte del profesional universitario a cargo 6. Pérdida de información concerniente a los procesos					Nominador 5. Está creada la dependencia y el cargo en el Manual de Funciones 6. De acuerdo con la circular 001 de abril 2 de 2002 conjunta de la Procuraduría General de la Nación y el DAFP, es función de la OCI verificar se ejerza adecuadamente la función disciplinaria por parte de la OCID.												2. Documentar y aprobar el Procedimiento de Gestión del Control Interno Disciplinario por parte del Agente Especial Interventor	P.U. Control Interno Disciplinario	30/06/2017	1	Procedimiento documentado y aprobado		
																				3. Solicitar al área de Gestión del Talento Humano la inclusión del tema de Código Único Disciplinario en la inducción del nuevo personal.	P.U. Control Interno Disciplinario	30/06/2017	1	Solicitud realizada		
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	CD02C	Trámite no oportuno a todos los procesos disciplinarios	1.Desatención del profesional universitario a cargo 2. Presiones indebidas de agentes internos o externos 3. Problemas de correspondencia que conduzcan a inoportunidad en los términos y en las notificaciones 4. Insuficiente personal para atender el número de procesos disciplinarios en desarrollo 5. Desconocimiento de los términos y etapas procesales por parte del profesional universitario a cargo 6. Pérdida de información concerniente a los procesos 7. Represamiento de procesos de otras vigencias no tramitados oportunamente	1. Sanciones disciplinarias, administrativas por parte de ente de control u otro ente regulador.	3	4	12	1. Existe un cuadro "Archivo Procesos disciplinarios" 2. Profesional del derecho como responsable del proceso 3. Está creada la dependencia y el cargo en el Manual de Funciones 4. De acuerdo con la circular 001 de abril 2 de 2002 conjunta de la Procuraduría General de la Nación y el DAFP, es función de la OCI verificar se ejerza adecuadamente la función disciplinaria por parte de la OCID. 5. Indicador Cumplimiento de plan operativo anual 6. Indicador Cumplimiento de términos de las etapas del proceso disciplinario.	PREVENTIVO	0	1	1	0	0	20%	3	4	12	EVITAR EL RIESGO	1. Definir un plan de contingencia para sanear el represamiento de procesos de vigencias anteriores.	P.U. Control Interno Disciplinario	31/08/2017	1	Plan de Contingencia elaborado		
PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS	SQ01C	Inoportunidad en la atención en cirugía electiva	1. Falta de agenda disponible 2. Falta de autorización por parte de la ERP 3. Cese de actividades del personal que labora en el servicio 4. Falta de insumos y dispositivos médicos 5. Falta de sangre 6. Disponibilidad de cama en Unidad de Cuidado Intensivo (UCI). 7. Falta de oportunidad en las ayudas diagnósticas 8. Trafico de influencias en la	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	5	5	25	1. Plan anual de compras 2. Verificación diaria de insumos y dispositivos 3. Lista de chequeo preoperatorio 4. Priorización de la oportunidad quirúrgica con criterio médico	PREVENTIVO	1	1	1	1	0	60%	4	5	20	EVITAR EL RIESGO	1. Solicitar a Gestion Comercial y de cartera la implementación directa del tramite de autorización con la entidad.	Coordinadora Unidad Quirúrgico	30/06/2017	1	Documento		
																				2. Solicitar y construir la implementacion de paquetes quirurgicos	Coordinadora Unidad Quirúrgico	30/06/2017	1	Documento		

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	OPCIÓN DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCIÓN	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
			programación	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.																3. Definir en las políticas de quirófano la Flexibilización del Quirófano.	Coordinadora Unidad Quirúrgico	31/07/2017	1	Documento		
																				4. Definir en las políticas la no intermediación en el proceso de programación.	Coordinadora Unidad Quirúrgico	31/07/2017	1	Documento		
PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS	SQ05C	Robo de material medico quirúrgico y medicamentos	1. Deshonestidad del personal	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.	3	4	12	1. Libros de recibo y entrega de material 2. Farmacia independiente con operario exclusivo 3. Hojas de gasto por cada paciente 4. Hojas de control de gasto del material de osteosintesis. 5. Camaras de vigilancia	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	1	4	4	EVITAR EL RIESGO	1. Capacitacion en la cultura de valores y principios institucionales	Coordinadora Unidad Quirúrgico	31/12/2017	7	Actas de asistencia reunion realizadas		
PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS	SQ06C	Perdida de Material de osteosintesis extraido de pacientes	1. Deshonestidad del personal	1. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 2. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de manera importante el cumplimiento en las metas de gobierno (no presupuestales). 3. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. 4. Deterioro recuperable del medio ambiente	3	4	12	1. Procedimiento 2. Fichas individuales de registro de material 3. Libro de registro de fichas 4. Canecas de depósito 5. Inventario de canecas 6. actas de recibo de entrega de material de osteosintesis	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	1	4	4	EVITAR EL RIESGO	1. Capacitacion en la cultura de valores y principios institucionales	Coordinadora Unidad Quirúrgico	31/12/2017	7	Actas de asistencia reunion realizadas		
GESTIÓN JURÍDICA	GJ03C	Ineficiencia en la gestion jurídica de asesorar, asistir y defender	1. Información incompleta, errónea e inexacta 2. Inoportunidad en la entrega de la información requerida por la oficina jurídica. 3. Competencia del abogado 4. Manuales, procesos y procedimientos desactualizados 5. Inoportunidad en el cumplimiento de las obligaciones iniciales por parte del contratista 6. Interés particular 7. Desatención en los términos establecidos en la Ley para la liquidación y supervisión de los contratos	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras. 2. Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por actos o hechos de corrupción comprobados. 3. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 4. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	4	5	20	1. Políticas definidas por el comité de conciliación en la que establece los perfiles a corde con la materia de defensa o asesoría. 2. Manuales ajustados al marco normativo vigente. 3. Matriz consolidada de procesos judiciales y su trazabilidad 4. Matriz de seguimiento de la contratación 5. Reporte en safix de la contratación. 6. Requerimientos a los responsables del suministro de información. 7. Lista de chequeo de documentos que debe tener la carpeta contractual	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	2	5	10	EVITAR EL RIESGO	1. Elaborar los manuales, proceso y procedimientos de la oficina jurídica	Jefe Oficina Juridica	31/12/2017	100%	Manual, procesos y procedimiento elaborado / Total de documentos		
																				2. Realizar Inducción y reinducción en temas de supervisión	Jefe Oficina Juridica	31/12/2017	100%	Inducción y reinducción realizadas / Inducción y Reinducción programadas		
																				3. Realizar circulares informativas a las oficinas intervinientes en los procesos para la entrega oportuna de la información	Jefe Oficina Juridica	31/12/2017	3	Circulares realizadas		

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 RESPONSABILIDAD ASIGNADA 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
																				4. Reportar para el Inicio de procesos disciplinarios, fiscales y penales por incumplimiento reiterado de los requerimientos realizados por la oficina jurídica.	Jefe Oficina Jurídica	31/12/2017	100%	Procesos disciplinarios, fiscales y penales reportados / Total procesos con con incumplimiento o reiterado de a los requerimientos realizados por la oficina		
CONTROL INTERNO	CI02C	Falta de objetividad frente al desarrollo de la auditoría, en la evaluación y seguimiento a la administración del riesgo, en la evaluación y seguimiento a los planes, programas y proyectos	1. Presiones internas o externas (políticas, sobornos) 2. Intención del auditor de desviar u ocultar información 3. Relaciones personales del auditor con personal de otras áreas 4. Falta de conocimiento del personal del área de Control Interno 5. Falta de apertura mental del auditor	1. Deterioro interno de la imagen 2. Sanciones disciplinarias, fiscales, penales	2	4	8	1. Revisión de los informes por parte de la Jefe de la OCI 2. Papeles de trabajo para efectuar las auditorías, debidamente soportados 3. Presentación de informe preliminar 4. Revisión y acompañamiento por otros funcionarios del área de Control Interno	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	1	4	4	EVITAR EL RIESGO	Implementar mesas de trabajo internas de la OCI para fortalecer y homologar criterios de auditoría.	Jefe Oficina de Control Interno	31/12/2017	1	informes realizados /informes programados		
SERVICIO FARMACÉUTICO	SF02C	Recepción de medicamentos y dispositivos médicos sin el cumplimiento de las especificaciones técnicas	1. Idoneidad del personal 2. Desatención en el procedimiento 3. Falta de adherencia al procedimiento 4. Interés particular del funcionario 5. Tamaño de la muestra no es el adecuado por el volumen del producto.	1. Lesiones o enfermedades que causan discapacidad. 2. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 3. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma importante las metas presupuestales y financieras 4. Imagen institucional afectada en el orden nacional por incumplimientos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. 5. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. 6. Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad.	3	4	12	1. Procedimiento documentado de recepción técnica de medicamentos y/o dispositivos médicos 2. Actas de recepción técnica 3. Control de inventarios	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	1	4	4	EVITAR EL RIESGO	1. Sensibilización del personal en cuanto a su ética profesional	P.U. Químico Farmaceuta	31/07/2017	1	acta de reunion con el personal de farmacia		
																				2. Solicitud de camaras de seguridad en área de recepción.	P.U. Químico Farmaceuta	31/07/2017	1	Solicitud realizada		
																				3. Capacitación al personal mediante el programa de induccion y reinduccion.	P.U. Químico Farmaceuta	31/12/2017	100%	Total de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas por RH		
																				4. Elaborar instructivo para establecer el sistema de muestreo acorde al volumen de los medicamentos y dispositivos medicos para medir condiciones técnicas	P.U. Químico Farmaceuta	31/08/2017	1	Instructivo elaborado		

IDENTIFICACION			ANALISIS				VALORACION										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 RESPONABLE 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
SERVICIO FARMACÉUTICO	SF03C	Pérdida en la calidad del medicamento y dispositivos médicos	1. Almacenamiento inadecuado 2. Transporte interno inadecuado 3. Falta de mantenimiento preventivo y correctivo 4. Desatención personal 5. Falta de idoneidad del personal 6. Infraestructura física insuficiente y/o sin el cumplimiento de los requisitos de habilitación. 7. Interés particular.	1. Lesiones o enfermedades que causan discapacidad. 2. Sanción por parte de control u otro ente regulador. 3. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma importante las metas presupuestales y financieras 4. Imagen institucional afectada en el orden nacional por incumplimientos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. 5. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. 6. Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad.	3	4	12	1. Procedimiento documentado de recepción técnica de medicamentos y/o dispositivos médicos 2. Control de inventarios 3. Requerimientos de mantenimiento de infraestructura y de equipos. 4. Programa de inducción y reinducción 5. Capacitaciones internas. 6. control de factores ambientales	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	1	4	4	EVITAR EL RIESGO	1. Sensibilización del personal en cuanto a su ética profesional	P.U. Químico Farmaceuta	31/07/2017	1	acta de reunion con el personal de farmacia		
																				2. Solicitud de camaras de seguridad en área de recepción.	P.U. Químico Farmaceuta	31/07/2017	1	Solicitud realizada		
																				3. Capacitación al personal mediante el programa de inducción y reinducción.	P.U. Químico Farmaceuta	31/12/2017	100%	Total de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas por RH		
																				4. Seguimiento al plan de mantenimiento preventivo	P.U. Químico Farmaceuta	#####	1	Solicitud del plan de mantenimiento		
																					P.U. Químico Farmaceuta	30/06/2017	100%	Actas de mantenimiento realizada y verificada por el coordinador del servicio / Numero de visitas de mantenimiento programado		
SERVICIO FARMACÉUTICO	SF04C	Pérdida de medicamentos y dispositivos médicos	1. Controles inadecuados 2. Deshonestidad del personal 3. Falta de pruebas sicotécnicas en el proceso de selección del personal. 4. Sistema de información inadecuado	1. Sanción por parte de control u otro ente regulador. 2. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma importante las metas presupuestales y financieras 3. Imagen institucional afectada en el orden nacional por incumplimientos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos.	5	4	20	1. Procedimiento documentado de almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos. 2. Inventarios periodicos. 3. Entrega de turno con control de inventarios de Medicamentos Alto Costo y de Control especial, y Dispositivos médicos. 4. Camaras de seguridad 5. Entrega personalizada de medicamentos y dispositivos médicos.	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	3	4	12	EVITAR EL RIESGO	1. Aumentar la frecuencia de realización de inventarios.	P.U. Químico Farmaceuta	31/05/2017	1	Cronograma de realización de inventarios		

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	OPCIÓN DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCIÓN	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
				los usuarios o ciudadanos. 4. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. 5. Inoportunidad en la información ocasionando retrasos en la atención a los usuarios.				dispositivos medicos en los servicios asistenciales.												2. Solicitar el aumento de medios tecnologicos en seguridad.	P.U. Quimico Farmaceuta	31/07/2017	1	Solicitud realizada		
																				3. restricción de permisos en el manejo del sistema de información existente.	P.U. Quimico Farmaceuta	31/07/2017	1	Solicitud realizada		
																				4. Sensibilización del personal en cuanto a su ética profesional	P.U. Quimico Farmaceuta	31/07/2017	1	acta de reunion con el personal de farmacia		
																				5. Requerir a la oficina juridica polizas de manejo para la PU de farmacia	P.U. Quimico Farmaceuta	31/05/2017	1	Solicitud realizada		