

**ELABORACION DE UN PLAN DE MITIGACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONAL,
BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO
(MECI 2014), EN EL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA**

VIKTOR JAVIER FAJARDO MUÑOZ

Mayo de 2017



Universidad
del Cauca

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS CONTABLES, ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA: 'ADMINISTRACION DE EMPRESAS'

**ELABORACION DE UN PLAN DE MITIGACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONAL,
BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO
(MECI 2014), EN EL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA**



Universidad
del Cauca

VIKTOR JAVIER FAJARDO MUÑOZ

**TRABAJO DE PRÁCTICA PROFESIONAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ADMINISTRADOR DE EMPRESAS**

ASESOR ACADÉMICO: PhD HENRY RAMIREZ PARUMA

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD DE CIENCIAS CONTABLES, ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA: 'ADMINISTRACION DE EMPRESAS'
POPAYÁN**

2017

La mitigación no tiene costo.

A largo plazo, se paga.

Se paga en dinero real, y en vidas salvadas.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
LISTA DE TABLAS	vi
LISTA DE FIGURAS	vii
LISTA DE MAPAS	Viii
LISTA DE GRAFICAS	Ix
1. INTRODUCCION	1
2. MARCO LEGAL	2
3. POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	4
3.1 GESTION DEL RIESGO CLINICO	5
3.2 GESTION FINANCIERA	5
3.3 HOSPITAL SEGURO	6
3.4 SEGURIDAD FISICA INSTITUCIONAL	6
3.5 SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	6
4. CONTEXTUALIZACIÓN DEL TRABAJO	6
4.1 ANALISIS DEL PROBLEMA:	6
4.1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA, OPORTUNIDAD O NECESIDAD DEL TRABAJO.	6
4.1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	7
4.2 JUSTIFICACION	7
4.3 OBJETIVOS	9
4.3.1 GENERAL	9
4.3.2. ESPECIFICOS	9
4.3.3 ALCANCE	9
4.4 ESTRATEGIAS	10
4.5 RIESGOS QUE SE VAN A CONTROLAR	11
5 METODOLOGIA DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA ADMINISTRACION DEL RIESGO	14
5.1 EVITAR EL RIESGO	16
5.2 REDUCIR EL RIESGO	16
5.3 COMPARTIR O TRANSFERIR EL RIESGO	23
5.4 ASUMIR EL RIESGO	21
6 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLITICA DEL RIESGO	25
6.1 COMPROMETER A LA DIRECCION	25
6.2 CONFORMACIÓN DE GRUPO DE COLABORADORES MECI	26
6.3 CAPACITAR A TODOS LOS COLABORADORES DE LA INSTITUCIÓN EN LA METODOLOGÍA	26
6.4 IDENTIFICACIÓN OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN	28
6.5 INDICACIÓN ADICIONAL DEL HSLV	31

6.5	VALORACION DE LOS RIESGOS	34
7	CONTEXTUALIZACIÓN TEORICA	55
7.1	MARCO TEORICO	55
7.2	MARCO CONTEXTUAL	57
7.2.1	INSTITUCIONALIDAD	57
7.2.2	LINEAMIENTOS GENERALES	58
7.2.3	MODELO DE OPERACIÓN	58
7.2.4	UNIDAD DE LA PRACTICA	59
7.2.5	MARCO CONCEPTUAL	59
8	CONTEXTUALIZACION METODOLÓGICA	60
9	PLAN DE MITIGACION	61
9.1	RIESGOS ANALIZADOS	61
9.2	RIESGOS A MITIGAR	62
9.3	ACCIONES DE MITIGACIÓN	64
9.4	MAPAS DE MITIGACIÓN	65
10	CONTEXTUALIZACIÓN VALORATIVA	78
10.1	CONTRIBUCION DEL TRABAJO	78
11	LIMITACIONES	90
11.1	RESULTADOS ESPERADOS	90
11.2	CONCLUSIONES Y LOGROS	91
12	CONTEXTUALIZACION ADMINISTRATIVA	92
13	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	94

ANEXO CD: Contenido:

1. MAPAS DE RIESGO, CADA UNO CON LOS PASOS DE GESTION DEL RIESGO
2. TRABAJO FINAL, PLAN MITIGACION RIESGOS EN EXCEL

LISTA DE TABLAS

1 DE PROBABILIDAD	54
2 DE IMPACTO	55
3 RIESGOS ANALIZADOS	61
4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	92
5 REQUERIMIENTO DE RECURSOS	93

LISTA DE FIGURAS

1 LINEAS DE ACCIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO HSLV	5
2 PROCESO DEL PLAN DE MITIGACIÓN DE RIESGOS	8
3 PROCESO PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	14
4 CONTEXTO ESTRATÉGICO	24
5 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS	27
6 ANALISIS DE RIESGOS	32

LISTA DE MAPAS

1	PROCESOS DEL HSLV	12
2	RIESGOS	19
3	RIESGOS INSTITUCIONAL	20
4	RIESGOS INSTITUCIONAL CALIFICADA	21
5	RIESGO INHERENTE	22
6	VALORACIÓN DEL RIESGO	23
7	VALORACIÓN DE CONTROLES	24
8	ASESORIA JURIDICA	34
9	MAPA GESTION CARTERA	35
10	MAPA GESTION AUDITORIA	36
11	GESTION CONTABILIDAD	37
12	GESTION CONTRATACION	38
13	GESTION COSTOS	39
14	GESTION ESTERILIZACION	40
15	GESTION FACTURACION	41
16	GESTION INFORMACION CLINICA Y ESTADISTICA	42
17	GESTION PRESUPUESTO	43
18	GESTION SEG Y SALUD EN EL TRABAJO	44
19	GESTION SERVICIOS GENERALES	45
20	GESTION VIGILANCIA Y SEGURIDAD	45
21	GESTION SIAU	46
22	GESTION SISTEMAS DE INFORMACIÓN	47
23	GESTION SUMINISTROS	48
24	GESTION DE TALENTO HUMANO	49
25	GESTION DOCUMENTAL	50
26	GESTION INGENIERIA HOSPITALARIA	51
27	GESTION PAGADURIA Y CAJA	52
28	GESTION REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	53
29	SUBPROCESO 1. PAGADURÍA Y CAJA	66
30	SUBPROCESO 2. GESTIÓN DE CARTERA	66
31	SUBPROCESO 3. GESTIÓN DE CONTABILIDAD	67
32	SUBPROCESO 4. GESTIÓN DE COSTOS	67
33	SUBPROCESO 5. GESTIÓN DE PRESUPUESTO	68
34	SUBPROCESO 6. GESTIÓN DE AUDITORIA	68
35	SUBPROCESO 7. GESTIÓN DE FACTURACION	69
36	SUBPROCESO 8. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	70

37	SUBPROCESO 9. GESTIÓN DE ASESORIA JURIDICA	70
38	SUBPROCESO 10. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN CLINICA Y ESTADÍSTICA	71
39	SUBPROCESO 11. GESTIÓN INGENIERIA HOSPITALARIA	71
40	SUBPROCESO 12. GESTIÓN DOCUMENTAL	72
41	SUBPROCESO 13. GESTIÓN DE SERVICIOS GENERALES	72
42	SUBPROCESO 14. GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS	73
43	SUBPROCESO 15. GESTIÓN DE ESTERILIZACIÓN	73
44	SUBPROCESO 16. GESTIÓN DE INFORMATICA	74
45	SUBPROCESO 17. GESTIÓN DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD	75
46	SUBPROCESO 18. GESTIÓN ADMINISTRACION DEL TALENTO HUMANO	75
47	SUBPROCESO 19. GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	76
48	SUBPROCESO 20. GESTIÓN DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	76
49	SUBPROCESO 21. GESTIÓN DE INFORMACIÓN Y ATENCION AL USUARIO	77

LISTA GRAFICAS

1	RIESGOS ANTES DE LOS CONTROLES	62
2	RIESGOS A MITIGAR	63
3	COMPARATIVA ANTES Y DESPUES DE CALIFICAR LOS RIESGOS	63
4	RIESGOS FINALES	64

1. INTRODUCCION

El mundo está en continuo cambio y todo fluye demasiado rápido, en ocasiones, ni siquiera se puede prever lo que ocurrirá en un inmediato futuro, toda persona entendida como individuo es un activo partícipe de las acciones internas o externas que afecten las oportunidades, limitaciones o peligros de su entorno, por lo mismo la Mitigación de Riesgos Institucionales se convierte en un concepto vital al hacer parte de cualquier gestión que se realice y las necesidades de protección deben estar implícitas en cada una de sus acciones.

Igual sucede en las organizaciones empresariales, de carácter privado, y en las entidades institucionales, de carácter público, donde las condiciones de vulnerabilidad que favorecen o facilitan que se desencadene un hecho de riesgo, se torna en permanente problemática interna empresarial–institucional debido a la subjetividad que lo fundamenta por lo que no es susceptible de prever o anticiparse a su ocurrencia. Es tal la importancia e impacto del riesgo en cualesquier actividad empresarial e institucional que en torno a su mitigación se ha creado toda una infraestructura organizacional legal, a nivel mundial, contra todo tipo de riesgos y eventos que impacten negativamente en el normal desarrollo de la entidad dado que el riesgo siempre es implícito o connatural en toda operación o actividad empresarial–institucional que se acometa, por muy bien que estén estructuradas. Por lo mismo es importante en una empresa establecer parámetros para la Administración de riesgos relacionados a los procesos y subprocesos de la misma.

En atención a que una institución médico–hospitalaria, ya de orden público y privado, trata con variables bio-fisiológicas y anexas imposibles de controlar directamente y presentan los mayores riesgos de operación por lo que, en principio, se encuentran permanentemente en estado deficitario de cuentas se hace necesario establecer una estructura administradora de esos riesgos, mediante la normatividad respectiva implementando la Política de Gestión del Riesgo para crear Líneas de Acción donde cada una de las dependencias de la Institución se articulen mediante unos lineamientos estratégicos de cumplimiento.

Con base en lo mencionado y que ocurre en todo desarrollo empresarial, se presenta esta propuesta de trabajo a aplicarse en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO: HOSPITAL ‘SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA’ (en adelante HSLV), de la ciudad de Popayán, institución que ofrece especializados servicios médicos – hospitalarios de Nivel II, con cobertura local - payanesa y regional – caucana.

El alcance de la propuesta es descriptivo – explicativo sobre los riesgos que genera la actividad empresarial en la prestación de servicios clínicos medianamente especializados en dicha ESE a muestrearse.

La investigación se apoyará en los referentes teórico – conceptuales del **Decreto 943 de 2014** por medio del cual se actualiza el ‘MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO’¹ (en adelante MECI 2014) y en la ‘GUIA PARA LA ADMINISTRACION DEL RIESGO’, del Departamento Administrativo de la Función Pública – (en adelante DAFP).

2. MARCO LEGAL:

Debido a que la práctica se realiza en una Institución del Estado Colombiano con sede en el Municipio capital del Departamento del Cauca, se hace necesario citar la normatividad correspondiente al tema de investigación debido a que desde ahí se desarrolla la temática y se organizan los Procesos Administrativos a ejecutar:

- Ley 87 de 1993, Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones. De la Presidencia de la República. (Modificada parcialmente por la Ley 1474 de 2011). “*Artículo 2 Objetivos del control interno: literal a). Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan. Literal f). Definir y aplicar*

¹ Decreto 943 de 2014, Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)

medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos”.

- Ley 489 de 1998, Estatuto Básico de Organización y Funcionamiento de la Administración Pública. Capítulo VI. Sistema Nacional de Control Interno
- Decreto 2145 de 1999, Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones. (Modificado parcialmente por el Decreto 2593 del 2000 y por el Art. 8° de la ley 1474 de 2011)
- Directiva Presidencial 09 de 1999, Lineamientos para la implementación de la política de lucha contra la corrupción.
- Decreto 2593 del 2000, Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2145 de noviembre 4 de 1999.
- Decreto 1537 de 2001, Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado. El párrafo del Artículo 3° establece el rol que deben desempeñar las oficinas de control interno (...) que se enmarca en cinco tópicos (...) valoración de riesgos. En el Artículo 4° señala los objetivos del sistema de control interno (...) define y aplica medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones (...) y. Así mismo establece en el mismo Artículo, la administración de riesgos, como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas (...).
- Decreto 1599 de 2005, Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado colombiano y se presenta el anexo técnico del MECI 1000:2005. 1.3 Componentes de administración del riesgo.

- Decreto 4485 de 2009, Por el cual se adopta la actualización de la NTCGP a su versión 2009. Numeral 4.1 Requisitos generales literal g) “establecer controles sobre los riesgos identificados y valorados que puedan afectar la satisfacción del cliente y el logro de los objetivos de la entidad; cuando un riesgo se materializa es necesario tomar acciones correctivas para evitar o disminuir la probabilidad de que vuelva a suceder”. Este decreto aclara la importancia de la Administración del riesgo en el Sistema de Gestión de la Calidad en las entidades.
- Ley 1474 de 2011, Estatuto Anticorrupción. Artículo 73. “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano” que deben elaborar anualmente todas las entidades, incluyendo el mapa de riesgos de corrupción, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias anti trámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.
- Decreto 943 de 2014, Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), de la Presidencia de la República. Este es el tema principal de la Investigación, los conceptos descritos en esta norma establecen como se debe actualizar todos los Procesos Administrativos, para finalmente proponer un Plan de Mitigación de Riesgos quedando a decisión de la entidad su aplicación.
- Guía para la Administración del Riesgo – DAFP, Bogotá D.C., septiembre de 2011.

3. POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

El HSLV para dar cumplimiento a todos aquellos riesgos que pudieran impedir el cumplimiento del direccionamiento estratégico se compromete a dar mayor énfasis en lo correspondiente a la ejecución de las Líneas de Acción previstas en los planteamientos de la Cartilla de Acreditación 2015 como son las correspondientes a Gestión del Riesgo Clínico, Gestión Financiera, Seguridad de la Información Seguridad Física, Hospital Seguro

Figura 1. LINEAS DE ACCIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO HSLV



Fuente: Cartilla acreditación 2015 HSLV

3.1 GESTION DEL RIESGO CLINICO:

- ✓ La seguridad del paciente es una prioridad, por ende, la organización pretende monitorizar aspectos fundamentales de la **Política de seguridad del paciente** que permiten gestionar el riesgo institucional

3.2 GESTION FINANCIERA:

- ✓ Con el propósito de evitar Riesgos Financieros institucionales, se llevan a cabo de manera continua, la revisión y análisis de aspectos administrativos, jurídicos y/o financieros del Hospital, para proteger el patrimonio institucional, racionalizar y fortalecer los ingresos.

3.3 HOSPITAL SEGURO:

- ✓ La aplicación del índice de Seguridad Hospitalaria – ISH permite que la institución cuente con un diagnóstico general de seguridad del hospital frente a desastres, cuyos resultados les permite tomar decisiones y gestionar recursos en la organización.

3.4 SEGURIDAD FISICA INSTITUCIONAL:

- ✓ Son aquellas estrategias y conjunto de medidas implementadas para salvaguardar a la población del sufrimiento de delitos, en especial de aquellos que pongan en riesgo la integridad física.

3.5 SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN:

- ✓ Implementación de estrategias encaminadas a asegurar la disponibilidad del sistema de información de la Institución.

4. CONTEXTUALIZACIÓN DEL TRABAJO

4.1 ANALISIS DEL PROBLEMA:

4.1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA, OPORTUNIDAD O NECESIDAD DEL TRABAJO.

1). Los mapas de Riesgo de la Institución se encuentran desactualizados generando en los procesos administrativos un retroceso en la información que debe ser verificable y cuantificable, por lo mismo se debe comenzar a estructurar los mapas con cada uno de los Líderes de cada sub-proceso en el HSLV. 2) No existe un Plan de Mitigación o un Plan de Contingencia o Plan alternativo (Fallback Plan). Por lo tanto, la necesidad debe ir enfocada al tipo de empresa que estamos analizando. En el caso del HSLV se requiere de la implementación de un Plan de Mitigación de acuerdo a su misión donde se debe asegurar una “...*Prestación de Servicios salud humanizados,*

íntegros y seguros, preservando la salud de las familias del Suroccidente Colombiano, apoyados en talento humano comprometido y fortalecimiento tecnológico”².

Se debe por lo tanto identificar las acciones a tomar previa e independientemente de la ocurrencia del riesgo, reduciendo la probabilidad de impacto de un riesgo, invirtiendo tiempo y recursos financieros frente a una condición de riesgo identificada, en resumen, el HSLV debe realizar un trabajo reactivo y no proactivo y menos actuar en un plan bajo una crisis ocurrida en eventos desencadenantes.

4.1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cómo desarrollar en el HSLV un determinante objetivo que permita elaborar un Plan de Mitigación con base en la normatividad vigente mejorando y actualizando el Proceso de Gestión del Riesgo creado con cada responsable líder de los sub-procesos en la Institución evaluada?

4.2 JUSTIFICACION

Usualmente un sistema de Control Interno de una empresa forma parte integrante del plan general de la organización; le compete la asignación de deberes y responsabilidades al usuario interno, el sistema de información financiero establecido y todas las medidas y métodos direccionados a proteger los activos organizacionales; a promover la eficiencia y a generar información financiera confiable, segura y oportuna y dinamizar la comunicación de políticas administrativas. Como bien se observa, entre esas funciones convencionales de Control Interno no se encuentra la de mitigar los riesgos correspondientes a la operación empresarial desde una perspectiva administrativa y de funcionalidad de los diferentes recursos logísticos de apoyo dado que, por lo común, el administrador limita o valida la noción del riesgo al comportamiento contable del elemento financiero y no a otras variables de orden administrativo en atención a que el riesgo se proyecta o se genera en todas las dependencias internas de la organización.

² Misión del HSLV, Cartilla de acreditación, 2015.

La temática seleccionada, la identificación y caracterización de los riesgos organizacionales, siempre será necesaria e importante por lo que se debe traspasar el convencional y limitado criterio de control contable de los mismos y trasladarlos hacia otras perspectivas de conocimiento y gestión, como lo administrativo-funcional.

La originalidad de la propuesta investigativa radica en que se analizará la problemática seleccionada desde una perspectiva estructural, en donde se interrelacionen las variables interdependientes que generen esos riesgos y que contablemente no pueden ser registradas o descritas, se dejará establecido el Plan de Mitigación mediante concertación con todos los líderes de los procesos y subprocesos para ser implementada en el Sistema de Gestión del Riesgo del Hospital.

Figura 2. Proceso del Plan de Mitigación de Riesgos



Fuente: Riesgos Plan de Mitigación

En la actualidad el HSLV cuenta con su Política de Gestión del Riesgo³ siguiendo las cinco (5) Líneas de Acción que nombramos en el numeral 3°, no obstante, antes de iniciar con el desarrollo de los objetivos planteados en el presente trabajo, se hizo necesaria la actualización de cada uno de los mapas de Riesgo correspondientes a 23 subprocesos, actualización que determinó, en para este trabajo de grado, un tiempo importante al igual que también la colaboración de todos

³ Cartilla de Acreditación HSLV, Versión 2 de 2015, pág. 105.

los líderes de los subprocesos y del proceso en general. Se propone un Plan de Mitigación de los riesgos identificados por subprocesos, bajo los parámetros del MECI 2014 para dar cumplimiento de los objetivos institucionales.

4.3. OBJETIVOS

4.3.1 GENERAL

Elaborar un plan de mitigación de riesgos institucional, bajo los lineamientos del Modelo Estándar de Control Interno (MECI 2014), en el hospital Susana López de Valencia.

4.3.2 ESPECÍFICOS

- 1) Consultar el mapa de riesgos de la institución.
- 2) Identificar los riesgos con alta probabilidad de ocurrencia o de alto impacto, por procesos.
- 3) Proponer un plan para la reducción o mitigación de los riesgos identificados, por procesos.
- 4) Socializar el PLAN DE MITIGACION DE RIESGOS BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO –MECI- elaborado por procesos, al jefe del Proceso de Planeación y Calidad de la institución Hospital Susana López de Valencia

4.3.3 ALCANCE

Mediante la implementación de la Gestión de Riesgos en la Institución investigada se requiere urgentemente plantear unos recursos que nos indiquen el buen manejo de los Riesgos aplicados a todas las dependencias mediante la mitigación de los mismos para así mismo dar aplicabilidad a la misión y visión institucional, logrando de esta manera la estandarización y el mejoramiento continuo para llegar a la excelencia en la política Institucional.

4.4 ESTRATEGIAS

- ✓ Actualización uno a uno de los mapas de riesgos institucionales correspondientes a 23 subprocesos en su mayoría correspondientes al área administrativa.
- ✓ Realización de *talleres de trabajo*, con los líderes de cada subproceso, explicando la metodología para la identificación del riesgo, definiendo sus causas y sus consecuencias, con su respectiva matriz en Excel.
- ✓ Transcripción de los riesgos de cada subproceso a la matriz, y revisión al finalizar con cada uno de los líderes, asignando la calificación a cada riesgo y las medidas de control actuales.
- ✓ Desarrollo paso a paso de todos los puntos para la gestión del riesgo: contexto estratégico, identificación del riesgo, análisis del riesgo, valoración del riesgo y políticas de administración del riesgo.
- ✓ Elaboración en Excel de la matriz para determinar: contexto estratégico, mapas de riesgo actualizados, análisis del riesgo, valoración de los controles identificados para cada riesgo, nueva valoración o calificación y el mapa de riesgos definitivo con las políticas a seguir para la Mitigación del Riesgo.
- ✓ Presentación y explicación a cada líder de esta matriz, realizando con cada uno la calificación de los controles actuales frente a cada riesgo, identificado los riesgos que permanecieron en zona alta y en zona extrema.
- ✓ Establecer, estructurar y modificar las políticas de Mitigación del Riesgo a seguir para los riesgos identificados con mayor impacto, en conjunto con los líderes de cada subproceso, jefe de Planeación y la subdirección administrativa del HSLV.

4.5 RIESGOS QUE SE VAN A CONTROLAR

Teniendo en cuenta la metodología vigente actual para la Administración del Riesgo, se determinarán los siguientes riesgos a ser controlados, identificando los siguientes tipos de riesgos:

❖ RIESGO ESTRATÉGICO

Nos da una indicación de cómo es administrada la Institución, es una forma global de cómo se aborda el cumplimiento a los conceptos mayores institucionales como son la Misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, definir las Políticas, Diseño y conceptualización de la Institución, valorar las Etapas Institucionales desde la creación del HSLV sus cambios y modificaciones.

❖ RIESGOS DE IMAGEN

Mostrar ante la ciudadanía payanesa, local y regional una confianza de atención mediante los valores corporativos y su imagen Institucional representando una atención más humanizada a los usuarios.



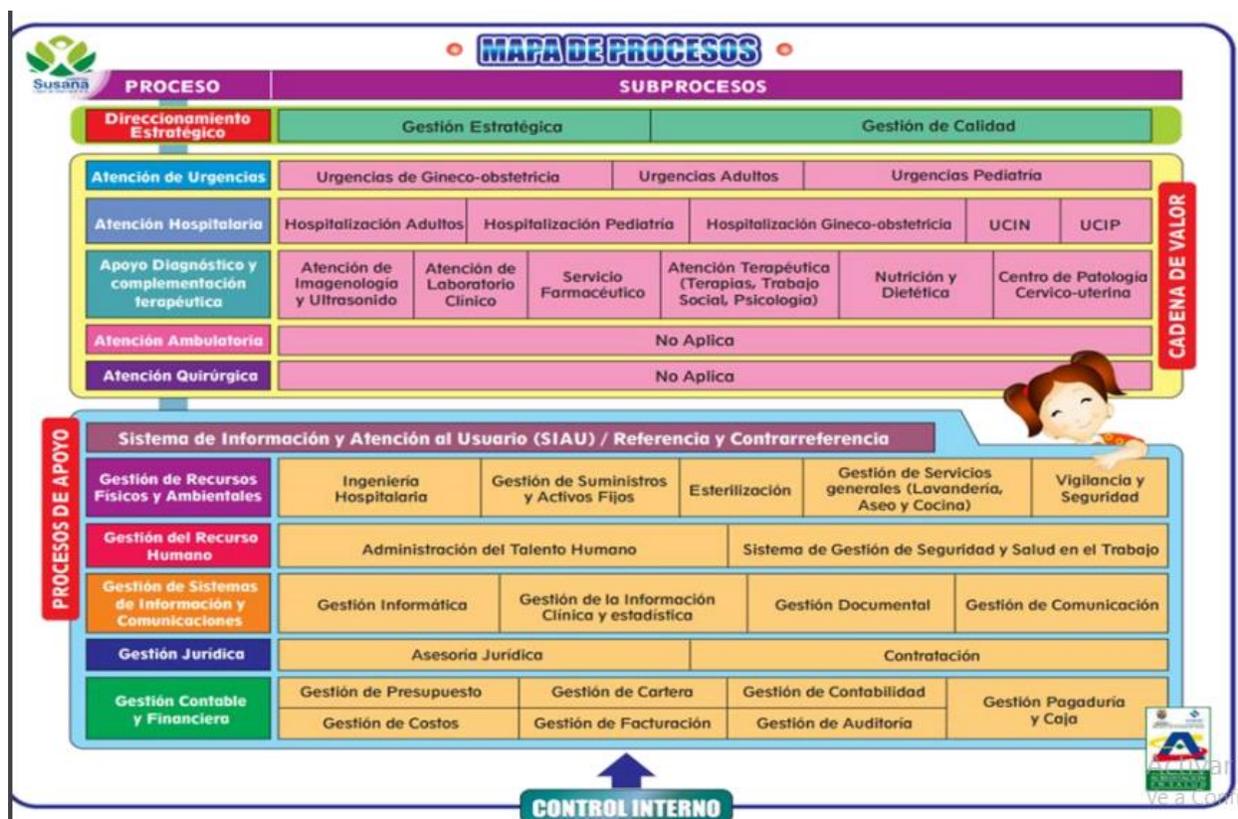
Imagen Corporativa HSLV
Susanita

Fuente: Cartilla acreditación 2015 HSLV

❖ RIESGOS OPERATIVOS

Frente a estos riesgos el HSLV presenta la estructuración del mapa de procesos donde indica toda la operatividad de los sistemas de información, su definición, igualmente presenta el organigrama y la articulación entre dependencias:

MAPA 1. PROCESOS DEL HSLV



Fuente: Cartilla acreditación 2015 HSLV

El mapa de procesos comprende riesgos relacionados entre la parte operativa como con la técnica de la Institución, incluye riesgos provenientes de deficiencias en los sistemas de información, en la definición de los procesos, en la estructura de la entidad, la desarticulación entre dependencias, lo cual conduce a ineficiencias, oportunidades de corrupción e incumplimiento de los compromisos institucionales

❖ RIESGOS FINANCIEROS

Se relacionan con el manejo de los recursos de la entidad que incluyen: la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes. De la eficiencia y transparencia en el manejo de los recursos, así como de su interacción con las demás áreas, dependerá en gran parte el éxito o fracaso de toda entidad.

❖ RIESGOS DE CUMPLIMIENTO

Nos indica la capacidad de la Institución para darle cumplimiento a los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con todo lo relacionado externamente según su misión.

❖ RIESGOS TECNOLOGICOS:

Consiste en la capacidad tecnológica de la Institución, en la actualización de equipos de Software y Hardware satisfaciendo las necesidades presentes y futuras de la institución en cumplimiento de la misión.



Fuente: Cartilla acreditación 2015 HSLV

❖ RIESGOS DE CORRUPCION

La posibilidad de que, por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información, se lesionen los intereses de una entidad y en consecuencia del Estado, para la obtención de un beneficio particular.

La Institución cuenta con un Plan Anticorrupción cuyos componentes son:



Todo sobre una base de “Trato digno y amable”

Fuente: Cartilla acreditación 2015 HSLV

5. METODOLOGIA DE LA CONSTRUCCIÓN DE LA ADMINISTRACION DEL RIESGO

Igual como se describió en la Introducción del Proyecto la investigación se apoyará en los referentes teórico – conceptuales del **Decreto 943 de 2014** por medio del cual se actualiza el MECI 2014, la misma que ha definido como: “*Conjunto de elementos que le permiten a la entidad identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales.*” y en la ‘*GUIA PARA LA ADMINISTRACION DEL RIESGO*’, de la DAFP.

Figura 3. PROCESO PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO



Fuente: Guía para la Administración del Riesgo – DAFP, Bogotá 2011

La metodología aplicada para la Administración del riesgo será de carácter aplicativo y cuantitativo, para tal efecto se aplicarán las herramientas diseñadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) y lo establecido en el MECI 2014. Para establecer los riesgos de corrupción se tendrá como referente el documento de Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano contemplado en el Decreto 2641 de 2002. Los riesgos de corrupción fueron trabajados por separado en el área de Planeación y Calidad.

Según el Direccionamiento Estratégico Institucional, se formaliza con todas las dependencias el modelo lógico para la estabilización de los Planes de Riesgo de cada subproceso basado en procesos lógicos, cada uno de los mapas de riesgo se dejan como anexos.

Toda operación empresarial conlleva riesgos* de distinta naturaleza y carácter: unos tangibles manifiestos y otros intangibles abstractos; riesgos que influyen decididamente en la dinámica y sinergia inter / intra – organizacional, en la calidad de la atención al usuario externo como al usuario interno, en la reincidencia del evento (para la situación hospitalaria) y, principalmente, en el deterioro de los respectivos recursos logísticos de apoyo para el desarrollo del objeto social.

Pero será en los contextos organizacionales médico– hospitalarios públicos donde se pueden presentar los mayores riesgos institucionales en virtud a la intangibilidad e incertidumbre de los eventos epidemiológicos a tratarse o a ser atendidos, por lo que los costos generales de financiación del servicio son continua y exponencialmente crecientes y que, para una economía empresarial sin ánimo de lucro, que subsidia ese servicio, tal situación es siempre deficitaria. Con el fin de minimizar el impacto y realizar análisis proactivos en el HSLV, se encuentra la dependencia de PLANEACION, con su área de Control Interno, para detectar y analizar administrativamente la estructura de riesgos que genera el servicio en sus factores causales o determinantes enmarcadas en una Política de Calidad.

* Definida como una función directivo - gerencial para identificar, contextualizar y definir un conjunto de estrategias que a partir de los pertinentes recursos logísticos de apoyo tiene por objetivo operativo mantener la estabilidad financiera de la organización, minimizando las pérdidas y los déficits ocasionadas por la ocurrencia / frecuencia de dichos riesgos.

5.1 EVITAR EL RIESGO

Se deben tomar medidas para prevenir la materialización del riesgo. Logrando de esta manera generar cambios importantes en los procesos y realizar un mejoramiento, un rediseño o la eliminación de un proceso que no corresponda con las políticas institucionales, resultado de unos adecuados controles y acciones emprendidas.

❖ ACCIONES A DESARROLLAR

Primer Objetivo: En este momento se determina el primer objetivo específico del proyecto, Consultar el mapa de riesgos de la Institución:

Al realizar la consulta de los mapas de Procesos para desde ahí comenzar el proceso de elaborar el Plan de Mitigación y a pesar de observar que el Hospital ya tiene establecidos los procesos de Gestión del Riesgo aceptados y mejorados a la fecha, sin embargo se encuentra que los 23 Mapas de Riesgo existentes se tienen que actualizar a la norma MECI 2014, ello demanda la ocupación de un periodo largo de trabajo con la colaboración de la Alta Gerencia y de cada uno de los líderes de los procesos de Gestión de Riesgo aceptados y el rediseño de los procesos para lograr el objetivo propuesto

[\(Ver mapas antes del proceso de Plan de Mitigación en “carpeta Excel, mapas originales.\)](#)

5.2. REDUCIR EL RIESGO

Implica tomar medidas encaminadas a disminuir tanto la probabilidad (medidas de prevención) como el impacto (medidas de protección), al determinar la reducción del riesgo de manera temprana podemos reducir los costos, superando las debilidades antes de aplicar acciones que resulten más costosas y difíciles.

Al revisar todos los mapas de riesgo y actualizarlos con los responsables de los procesos, vamos entonces a analizar las posibles fallas en el proceso, de ello podremos deducir cada una de las

matrices correspondientes, como ejemplo para el documento vemos la siguiente imagen, donde se plantean preguntas de acuerdo a los mapas de riesgo existentes y donde se revisa como se ha venido realizando cada paso, si se ha mejorado o en qué nivel de riesgo lo podemos identificar:

Posteriormente podremos identificar las acciones o estrategias para su mitigación o control, tal como se detalla en la Mapa 2. Mapa de Riesgos.

Puede suceder que: SE PIERDAN DOCUMENTOS EN EL AREA	Puede suceder que: SE DIGITE ERRONEAMENTE VALORES EN DOCUMENTOS DEL AREA
puede suceder que: FALTA DE OPORTUNIDAD EN EL PROCESO DE AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	Puede suceder que: SE PIERDA LA FACTURA Y SUS SOPORTES
Puede suceder que: LA AUDITORIA SE OBSTACULICE PORQUE LOS CONTRATOS NO ESTAN PARAMETRIZADOS	Puede suceder que: NO SE RESPONDA OPORTUNAMENTE LA GLOSA Puede suceder que:
Puede suceder que: SE CONFIRME INADECUADAMENTE LA RECEPCION DE GLOSA EN EL SISTEMA DINAMICA	Puede suceder que:

Resulta una búsqueda exitosa el poder detallar lo que puede suceder en caso de la ocurrencia de algún hecho que implique el mejoramiento de un proceso y que a la fecha se ha venido realizando de una manera “no correcta”.

❖ ACCIONES A DESARROLLAR

Realizando Talleres de Trabajo con el grupo de líderes de cada sub-proceso, explicando la metodología para la identificación del riesgo, causas y consecuencias, con su respectiva matriz en Excel, logramos determinar las falencias que hacen que se produzca un retroceso en las acciones desarrolladas:

MAPA 2. MAPA DE RIESGOS

 REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA MATRIZ ELABORACION DE MAPA DE RIESGOS Libertad y orden		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. Código: SLV-GC-34-F01 versión 0		
2016		Página 1 de 3		
PROCESO	SUBPROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA (Debido a.....)	DESCRIPCION DEL RIESGO (Puede suceder que.....)	CONSECUENCIA DESCRIPCIÓN DE LA CONSECUENCIA (Lo que genera.....)
Gestión Jurídica	Contratación	Debido a: Que no se registre información completa	Puede suceder que: Falta de idoneidad de los interventores	Lo que genera: Toma de decisiones erradas y con falta de oportunidad. Lo que genera: Desgaste administrativo y reproceso. Lo que genera: Requerimiento de los entes de control.
		Debido a: Existan diferentes fuentes de información	Puede suceder que: Fallas o vacíos en los procedimientos para la recepción, registro y custodia de ofertas.	Lo que genera: Desgaste administrativo y reproceso.
		Debido a: No contar con el personal idóneo para la prestación del servicio.		Lo que genera: Demora en toma de decisiones estratégicas.
		Debido a: Desconocimiento de las normatividad vigente		
		Debido a: Que no se registre información completa.	Puede suceder que: Pliegos de condiciones incompletos o ambiguos.	Lo que genera: Desgaste administrativo y reproceso.
		Debido a: Personal que no cumpla con las normas éticas y de buen gobierno.	Puede suceder que: inexistencia de controles para la elaboración de contratos.	Lo que genera: Requerimiento de los entes de control. Lo que genera: Detrimento económico de la institución.

Revisando los Mapas de Riesgos se realizó el trabajo con cada uno de los líderes de los procesos, posterior a la reunión de socialización y de revisión: se hizo la transcripción de los riesgos de cada subproceso a la matriz, se revisó con cada uno de los líderes al finalizar la reunión asignando la calificación a cada riesgo y las medidas de control actuales

MAPA 3. MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

 REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. Versión: 0 Código: SLV-GC-34-F06									
PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	CALIFICACION INICIAL		EVALUACION RIESGO	NUEVA CALIFICACION		NUEVA EVALUACION	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE
			PROBABILIDAD	IMPACTO		PROBABILIDAD	IMPACTO				
Gestión Jurídica	Contratación	Puede suceder que: Falta de idoneidad de los interventores	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	ZONA DE RIESGO ALTA	RARO (1)	MODERADO (3)	ZONA DE RIESGO MODERADA	ASUMIR, REDUCIR EL RIESGO		
		Fallas o vacíos en los procedimientos para la recepción, registro y custodia de ofertas	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	ZONA DE RIESGO ALTA	RARO (1)	MODERADO (3)	ZONA DE RIESGO MODERADA	ASUMIR, REDUCIR EL RIESGO		
		Pliegos de condiciones incompletos o ambiguos	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	ZONA DE RIESGO EXTREMA	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR		
		inexistencia de controles para la elaboración de contratos	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	ZONA DE RIESGO EXTREMA	RARO (1)	MAYOR (4)	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR		
						F	RARO (1)	MAYOR (4)	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	

Fuente: Elaboración propia

Se estableció en Excel la matriz para la evaluación del riesgo, dando una calificación de controles y generando el mapa de riesgos definitivo con las políticas a seguir para lograr finalmente el objetivo principal de este proceso: la Mitigación del Riesgo.

Proceso:	Subproceso:	Descripción del Riesgo:	CALIFICACION			BARRERA DE CONTROL DE RIESGO	
			Probabilidad	Impacto	Calificación	Acción:	Plazo:
Gestión Jurídica	Contratación	Puede suceder que: Falta de idoneidad de los interventores	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	A	Cada proceso presentará requerimientos por su equipo de trabajo, el cual estará conformado por personal <u>idoneo</u> en la temática a solicitar, de ello se generará un acta como evidencia de la identificación del requerimiento.	Permanente
		Fallas o vacíos en los procedimientos para la recepción, registro y custodia de ofertas	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	A	El proceso revisará el procedimiento para identificar mejoras o correcciones que se deban hacer al respecto, esto con el fin de asegurar los elementos y procedimientos necesarios para tal fin.	Primer Semestre de 2017
						En caso de encontrarse <u>falla</u> en el procedimiento se modificará el mismo para su aprobación y realizar la respectiva <u>socialización</u> de los cambios realizados	Permanente
						Se deberá tener en cuenta la Resolución No. 1016 de 27 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual y los Procedimientos de Contratación, en caso de encontrarse alguna mejora se modificará dicho Acto Administrativo.	Permanente
		Piegos de condiciones incompletos o ambiguos	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Para la elaboración y entrega de los pliegos se realizará un filtro de evaluación, el cual será realizado por el <u>responsable</u> del proceso que corresponda (con su equipo de trabajo) se dejará evidencia de esta acción. Ejemplo, Actas, Formatos, Registros	Permanente
inexistencia de controles para la elaboración de contratos	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Cuando se reciban los estudios previos o de necesidad del producto y/o servicio, los soportes y demás elementos necesarios para la etapa <u>precontractual</u> y elaboración del contrato, <u>obligatoriamente</u> se diligenciará la lista de chequeo.	Permanente		

MAPA 4. MAPA DE RIESGOS

INSTITUCIONAL CALIFICADA

Fuente: Elaboración propia

En el desarrollo del manejo de los procesos se realizaron los siguientes análisis y se socializaron de la siguiente manera, dando como resultado una calificación de cada riesgo asumido:

❖ ACCIONES A DESARROLLAR

MAPA 5. RIESGO INHERENTE

 REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA Libertad y Orden		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. Versión: 0		Código: SLV-GC-34-F03				
ANALISIS DEL RIESGO - RIESGO INHERENTE								
PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	CALIFICACION		TIPO IMPACTO	EVALUACION (ZONA DE RIESGO)	MEDIDAS DE RESPUESTA	
			PROBABILIDAD	IMPACTO				
Gestión Jurídica	Contratación	Puede suceder que: Falta de idoneidad de los interventores	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	LEGAL	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	
		Fallas o vacíos en los procedimientos para la recepción, registro y custodia de ofertas	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	LEGAL	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	
		Pliegos de condiciones incompletos o ambiguos	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	LEGAL	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	
		inexistencia de controles para la elaboración de contratos	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	LEGAL	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	
					LEGAL	F	f	
				Err:509	Err:509	LEGAL	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR
				0	0	LEGAL	F	f
				0	0	LEGAL	F	f
		0	0	LEGAL	F	f		

Fuente: Elaboración propia

5.3. COMPARTIR O TRANSFERIR EL RIESGO

Se plantean propuestas como lluvia de ideas para aceptar que existe un riesgo y que se debe mitigar con un Plan. Se Plantean unos valores de Probabilidad y se le da una calificación dependiendo de su análisis de impacto, entonces se califica como: raro (1), improbable (2), posible (3), probable (4), casi seguro (5)

ACCIONES A DESARROLLAR: Se establecen los puntajes para las probabilidades, Ejemplo Mapa 6. Valoración del Riesgo

 REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA NUEVA VALORACION DEL RIESGO - Código: SLV.GC-34-F05								
			 OBJETIVO DEL SUBPROCESO:					
PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	CALIFICACION CONTROLES (VER COMENTARIO)	NUEVA CALIFICACION		TIPO IMPACTO	EVALUACION (ZONA DE RIESGO)	MEDIDAS DE RESPUESTA
			PROBABILIDAD	IMPACTO				
Gestión Jurídica	Contratación	Puede suceder que: Falta de idoneidad de los interventores	85	RARO (1)	MODERADO (3)	LEGAL	ZONA DE RIESGO MODERADA	ASUMIR, REDUCIR EL RIESGO
		Fallas o vacios en los procedimientos para la recepción, registro y custodia de ofertas	100	RARO (1)	MODERADO (3)	LEGAL	ZONA DE RIESGO MODERADA	ASUMIR, REDUCIR EL RIESGO
		Pliegos de condiciones incompletos o ambiguos	45	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	CONFIDENCIALIDAD	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR
		inexistencia de controles para la elaboración de contratos	100	RARO (1)	MAYOR (4)	LEGAL	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR
		0	100	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	LEGAL	ZONA DE RIESGO EXTREMA	COMPARTIR O REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR
		0	0	Err:509	Err:509		Err:509	Err:509
		0	0	0	0		F	f
		0	Err:509	0	0		F	f
	Err:509	0	0		F	f		

Fuente: Elaboración propia

MAPA 7. VALORACION DE CONTROLES – Ejemplo: Subproceso Área Jurídica -

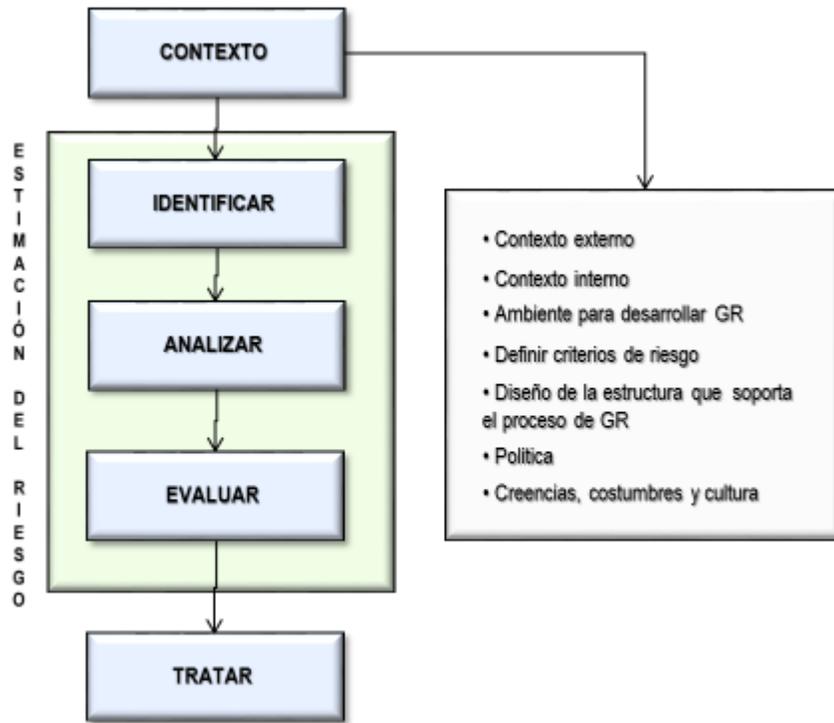
 REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. Código: SLV.GC-34.F04 VALORACION CONTROLES													
PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	CALIFICACION		DESCRIPCION CONTROLES	VALORACION DE CONTROLES									
			PROBABILIDAD	IMPACTO		HERRAMIENTAS PARA EJERCER EL CONTROL			PUNTAJE HERRAMIENTAS	PROMEDIO HERRAMIENTAS	SEGUIMIENTO AL CONTROL		PUNTAJE SEGUIMIENTO	PROMEDIO SEGUIMIENTO	PUNTAJE FINAL
						HAY HERRAMIENTAS ?	EXISTEN MANUALES O PROCEDIMIENTOS?	SON EFECTIVOS?			HAY PERSONAL RESPONSABLE?	LA FRECUENCIA DEL CONTROL ES ADECUADA?			
Gestión Jurídica	Contratación	Puede suceder que: Falta de idoneidad de los interventores	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	Cada proceso presentará requerimientos por su equipo de trabajo, el cual estará conformado por personal idóneo en la temática a solicitar, de ello se generará un acta como evidencia de la identificación del requerimiento.	NO	SI	SI	45	45	SI	SI	40	40	85
		Fallas o vacíos en los procedimientos para la recepción, registro y custodia de ofertas.	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	El proceso revisará el procedimiento para identificar mejoras o correcciones que se deban hacer al respecto, esto con el fin de asegurar los elementos y procedimientos necesarios para tal fin.	SI	SI	SI	60	60	SI	SI	40	40	100
					En caso de encontrarse falla en el procedimiento se modificará el mismo para su aprobación y realizar la respectiva socialización de los cambios realizados	SI	SI	SI	60		SI	SI	40		
					Se deberá tener en cuenta la Resolución No. 1016 de 27 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual y los Procedimientos de Contratación, en caso de encontrarse alguna mejora se modificará dicho Acto Administrativo.	SI	SI	SI	60		SI	SI	40		
		Plegos de condiciones incompletos o ambiguos	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	Para la elaboración y entrega de los pliegos se realizará un filtro de evaluación, el cual será realizado por el responsable del proceso que corresponda (con su equipo de trabajo) se dejará evidencia de esta acción. Ejemplo, Actas, Formatos, Registros	NO	NO	SI	30	30	SI	NO	15	15	45
inexistencia de controles para la elaboración de contratos	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	Cuando se reciban los estudios previos o de necesidad del producto y/o servicio, los soportes y demás elementos necesarios para la etapa precontractual y elaboración del contrato, obligatoriamente se diligenciará la lista de chequeo.	SI	SI	SI	60	60	SI	SI	40	40	100		

(Ver cada uno de los mapas originales en el CD anexo Carpeta: Calificados Mapas)

Fuente: Elaboración propia

6. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DEL RIESGO

Figura. 4 CONTEXTO ESTRATÉGICO



Tomado: Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 31000

Para dar cumplimiento a una adecuada administración del riesgo se deben tener las siguientes consideraciones:

6.1 COMPROMETER A LA DIRECCIÓN:

La Dirección como encargada de estimular la cultura de la identificación y prevención del riesgo y de definir las políticas para la gestión de los riesgos identificados y valorados entre las que se encuentran la definición de canales directos de comunicación y el apoyo a todas las acciones emprendidas en este sentido, ha proporcionado todos los espacios y asignando los recursos humanos y tecnológicos necesarios para el desarrollo de este proceso. Así mismo designó un directivo de primer nivel, a quien para este caso correspondía la responsabilidad a la Jefe de Planeación y Calidad de la Institución quien se encargó de asesorar y apoyar en todo el proceso de

diseño e implementación de cada componente, junto con los líderes de cada sub-proceso institucional.

6.2 CONFORMACIÓN DE GRUPO DE COLABORADORES MECI

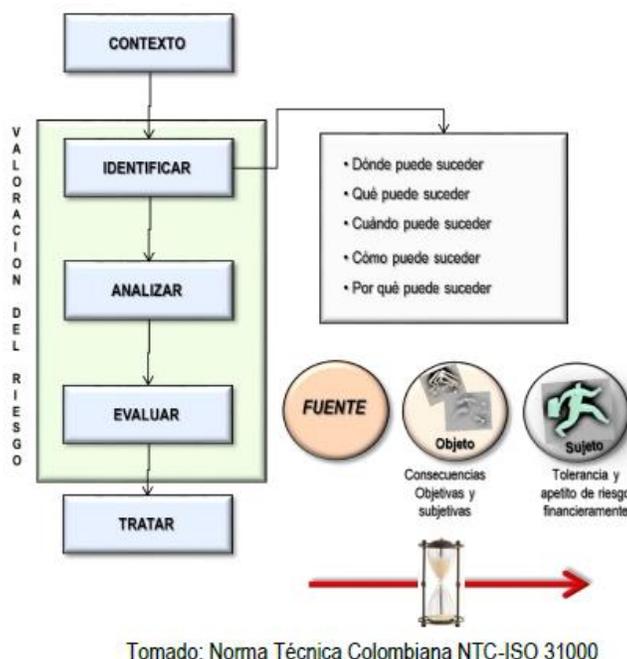
Se conformó el equipo encargado de liderar el proceso dentro de la Institución, con quienes se realizaban las acciones de mejoramiento y el mejoramiento de los procesos en los mapas de riesgo y el análisis del Plan de Mitigación. Además, representaba ser un canal directo de comunicación con los designados de la dirección y de las diferentes dependencias. El equipo lo integraron los jefes de dependencia quienes conocen muy bien la entidad y el funcionamiento de los diferentes procesos la aplicación de la metodología y la construcción de los mapas de riesgos por proceso e institucionales.

6.3 CAPACITAR A TODOS LOS COLABORADORES DE LA INSTITUCIÓN EN LA METODOLOGÍA

Definido el Equipo MECI en la Institución, se capacita a sus integrantes en la metodología sobre administración del Riesgo y su relación con los demás Subsistemas y Elementos del Modelo Estándar de Control Interno- MECI, de modo que se conviertan en multiplicadores de esta información al interior de cada uno los procesos donde sea que participen. Ellos se convertirán en capacitadores de otros servidores o bien podrán acompañar el levantamiento de los mapas al interior de sus procesos.

Al asumir el Riesgo se deben contemplar algunas acciones para darle continuidad al trabajo de manera eficiente y eficaz

Figura. 5 IDENTIFICACION DE RIESGOS



Con el compromiso de la Dirección y el grupo MECI o colaboradores de cada sub-proceso se determina un tratamiento de riesgos residuales y sus efectos en la gestión Institucional.

1. Realizar un programa de sensibilización del mapa de riesgos institucional como el Plan de Manejo de Riesgos, dirigido a todos aquellos colaboradores que laboran en la Institución estudiada
2. Se invita a todos los líderes de los procesos para que apliquen los lineamientos establecidos en los mapas de riesgo para que su participación sea activa para la aprehensión de las nuevas prácticas propuestas, que exigen valores y principios éticos, calidad en la información generada y compartida, decisiones oportunas y eficaces, así como la racionalidad de los recursos.
3. Se debe definir un cronograma de seguimiento, evaluación y aplicación de nuevos controles.
4. Verificar el cumplimiento para tomar medidas correctivas, cuando sea necesario,

Todo lo anterior dando seguimiento a los procedimientos y formatos para documentar las acciones de mejora.

Al final los resultados deberán obtener los beneficios registrados en la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO31000:

- ✓ Aumentar la probabilidad de alcanzar los objetivos.
- ✓ Fomentar la gestión proactiva.
- ✓ Cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios.
- ✓ Mejorar los controles.
- ✓ Usar eficazmente los recursos.
- ✓ Mejorar la prevención de pérdidas y la gestión de incidentes.
- ✓ Establecer una base confiable para la toma de decisiones y la planificación.

6.4 REVISION OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN

Se muestran los objetivos de la Institución ya que con esos conceptos se debe trabajar para la realización del plan de Mitigación

Los objetivos de la Institución nos muestran cómo podemos intervenir para que los procesos sean mayormente efectivos en el desarrollo y análisis para nuestro objetivo final, a continuación, se detalla cada uno:

COSTOS:

Entregar informes de costos mensuales, reflejando la realidad económica institucional y de forma que apoyen la mejor toma de decisiones que conllevan a una planificación, control y logro de los objetivos del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.

SUMINISTROS:

Establecer las necesidades y mantener a disposición los elementos, materiales e insumos para el funcionamiento Institucional y la prestación del servicio.

PAGADURIA Y TESORERIA:

Garantizar de manera eficiente las actividades de custodia, control, manejo y desembolso de fondos, valores y documentos negociables que se administran en el HSLV de valencia ESE.

SERVICIOS GENERALES:

El subproceso de servicios generales el objetivo es que el hospital cuente con el soporte de servicios de asepsia, seguridad, transporte y servicios generales necesarios.

TALENTO HUMANO:

Administrar integralmente el recurso humano a través de la identificación de necesidades, priorización y definición para el desarrollo del talento humano y su satisfacción

CARTERA:

Gestionar el flujo de recursos a través del cumplimiento de metas de recaudo que garantizar la sostenibilidad y continuidad del Hospital.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Brindar condiciones seguras y que garanticen la salud en el trabajo a todos los colaboradores

SISTEMAS DE INFORMACIÓN:

Analizar y desarrollar las necesidades de información, garantizando la estructura, coherencia y seguridad de la misma.

GESTION DOCUMENTAL:

Administrar y custodiar la documentación institucional, la entrante, saliente, su conservación y consulta.

CONTABILIDAD:

Registrar y analizar información financiera razonable y oportunamente para la toma de decisiones que permitan la sostenibilidad financiera de la institución

ESTERILIZACION:

En el Subproceso de Central de Esterilización del HSLV ESE, se compromete a contribuir y mejorar la calidad de la atención en salud de todos los usuarios, ofreciendo servicios de esterilización oportunos que garantizan la eficacia de un equipo de colaboradores comprometidos con la excelencia.

INGENIERIA HOSPITALARIA:

Garantizar el funcionamiento del equipamiento y de la infraestructura hospitalaria en condiciones confortables, amigables y seguras, contribuyendo con el mejoramiento continuo de la institución y con la prestación de los servicios de salud con criterios de calidad.

GESTION INFO CLINICA Y ESTADISTICA:

Garantizar la conservación, actualización e integralidad de los registros e historia clínica; así como la confiabilidad de la información.

AUDITORIA:

Auditoria a las facturas por servicios prestados de los servicios de urgencias y hospitalización y Gestión de las glosas y devoluciones recibidas por prestación de servicios de salud de la institución

FACTURACION

Garantizar la facturación y autorización de los servicios de salud prestados en la E.S.E. HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCA, realizando una correcta identificación de Pagador, la radicación de la facturación dentro de los términos establecidos en la Normatividad Vigente, teniendo en cuenta los Acuerdos de Voluntades suscritos con las EPS, Manuales Tarifarios y políticas de la Entidad; logrando la sostenibilidad financiera de la Institución.

CONTRATACION:

Adelantar los trámites respectivos tendientes a la adquisición o suministro oportuno de los bienes y servicios del hospital SUSANA LOPEZ DE VALENCIA, de acuerdo con las necesidades de los diferentes procesos de conformidad con los requisitos establecidos.

JURIDICA:

Asesorar y defender a la ESE Hospital SUSANA LOPEZ DE V, en asuntos jurídico-administrativos internos y externos de su competencia de manera oportuna y eficaz por los intereses de la misma y de sus usuarios, en cumplimiento de la Constitución Política, la ley y la normatividad interna para la buena marcha de su gestión administrativa

SIAU:

Brindar atención a los usuarios que acceden a los servicios de la ESE HSLV., dando respuesta con capacidad resolutive a sus necesidades e inquietudes.

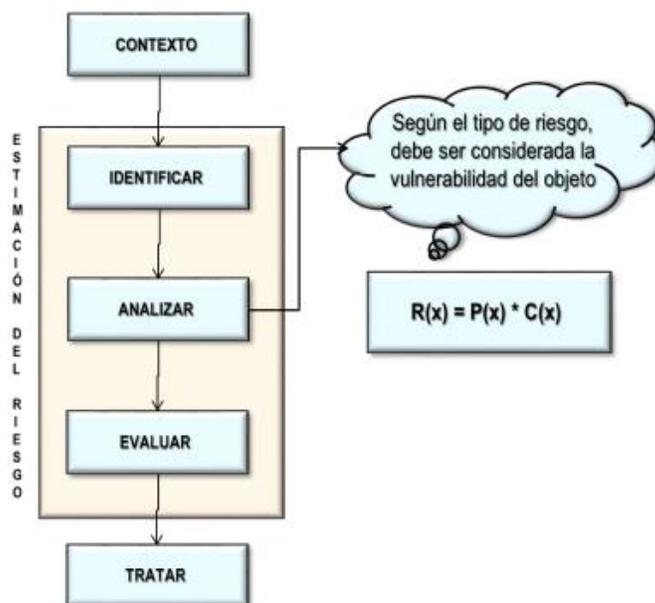
6.5 INDICACIÓN ADICIONAL DEL HSLV:

En el año 2013 según Acuerdo No. 015, el HSLV implementó el Código de ética y Buen Gobierno con el objetivo de lograr la Acreditación, el cual evalúa los estándares asistenciales y de apoyo de los procesos internos de la entidad. Durante este proceso se actualizó la Misión y Visión, se actualizaron las Políticas Internas, se modificaron los Sistemas de la Institución con miras a la Acreditación. Los mapas de Procesos Institucionales se actualizaron en un 82% sin lograr finalizarlos y tampoco determinar un Plan de Mitigación de riesgos que direcciona un proceso de mejoramiento por los riesgos reconocidos y aceptados, la institución tampoco logró cumplir con todos los procesos requeridos del Sistema de Gestión del Riesgo según el Modelo Estándar de Control Interno 2014 (MECI 2014)⁴.

⁴ Informe cuatrimestral Control Interno, HSLV, diciembre de 2015.

Por lo tanto, el objetivo inicial de este trabajo debe encaminarse a la reestructuración de los MAPAS DE RIESGO teniendo que ser actualizados a la vigencia actual y según la normatividad vigente.

Figura. 6 ANALISIS DE RIESGOS



Tomado: Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 31000

Con la participación de los líderes de cada subproceso de manera proactiva se establecieron dinámicamente los aspectos para el análisis de los riesgos identificados: Probabilidad e Impacto. De acuerdo con la capacitación, formación y con los lineamientos establecidos por el DAFP que se les ha proyectado en cuanto, a la *Calificación del Riesgo*; que se logra a través de la estimación de la probabilidad de su ocurrencia y el impacto que puede causar la materialización del riesgo y la Evaluación del Riesgo; que permita comparar los resultados de su calificación, con los criterios definidos para establecer el grado de exposición del HSLV al riesgo.

Pasos claves en el análisis de riesgos

- Determinar probabilidad
- Determinar consecuencias
- Clasificación del riesgo
- Estimar el nivel del riesgo

Fuente: Guía para la Administración del riesgo DAFP

Se han establecido dos aspectos a tener en cuenta en el análisis de los riesgos identificados: Probabilidad e Impacto.

Por **probabilidad** se entiende como la posibilidad de ocurrencia del riesgo; esta puede ser medida con criterios de frecuencia, si se ha materializado (por ejemplo: número de veces en un tiempo determinado), o de Factibilidad teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, aunque este no se haya materializado.

Por **Impacto** se entienden las consecuencias que puede ocasionar a la organización la materialización del riesgo.

6.5 VALORACION DE LOS RIESGOS:

Después de la presentación y análisis de los procesos se identifica si hay controles asociados, si son aplicados, están documentados y si son efectivos, con el fin de determinar la posición del riesgo en la matriz de vulnerabilidad. A continuación, se presentan los mapas de todos los subprocesos, donde se identifican los riesgos antes de calificación de los controles

MAPA 8. ASESORIA JURIDICA:

 REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL Año 2016		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. Versión: 0 Código: SLV-GC-34-F02 Página 2 de 3					
Proceso:	Subproceso:	Descripción del Riesgo:	CALIFICACION			BARRERA DE CONTROL DE RIESGO	
			Probabilidad	Impacto	Calificación	Acción:	Plazo:
Gestión Jurídica	Asesoría Jurídica	Fallos judiciales en contra de la Entidad	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Establecer acciones complejas e integrales (Se deben incluir todos los recursos necesarios) que brinden el aseguramiento de la prestación del servicio, estas acciones se deben establecer con cada Jefe de Proceso y sus respectivos equipos de trabajo.	Acciones permanentes
						Se realiza un estricto seguimiento por parte de cada líder de subproceso o supervisor del contrato acerca del normal desarrollo de las actividades.	Acciones permanentes
						Aseguramiento de profesionales que atiendan la defensa judicial de la Entidad	Acciones permanentes
		Demandas, conciliaciones o procesos judiciales recurrentes por parte de los usuarios	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Con base en los hallazgos, fallos judiciales y condenas presentadas en contra de la entidad, se deben realizar acciones correctivas complejas e integrales, se deben incluir todos los recursos necesarios, con el fin de atacar la causa de la situación presentada.	Acciones permanentes

MAPA 9. GESTION CARTERA:

 REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.					
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL		Versión: 0					
		Código: SIV-GC-34-F02					
		PAGINA 2 de 3					
PROCESO	SUBPROCESO	DESCRIPCION DEL RIESGO	CALIFICACION			BARRERA DE CONTROL DE RIESGO	PLAZO
			PROBABILIDAD	IMPACTO	CALIFICACION		
Gestión Contable y financiera	Gestión de Auditoría	Obstaculización de las actividades de auditoría por falta de parametrización de contratos con las EPS.	CASI SEGURO (5)	MAYOR (4)	E	Realizar la parametrización oportuna de los contratos: Una vez firmados y una vez definidas las negociaciones.	Junio de 2017
		Pérdida de factura y sus soportes en el área de Auditoría o Consolidación.	CASI SEGURO (5)	MENOR (2)	A	Seguimiento a la recepción de facturas en el área de Consolidación y cortes mensuales de seguimiento a la facturación y corte los días 10 de cada mes.	Mensual
						Trazabilidad de la factura en el sistema Dinámica Gerencial (30 de cada mes y cada 10 días).	Mensual
		Que se digite erróneamente valores en los documentos del área.	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Verificación plena de valores de factura y valores totales digitados de glosa al realizar respuesta a la misma.	Diario
		Confirmación inadecuada de la recepción de glosa en el software	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	A	Control de indicadores de Gestión de Auditoría respecto de comunicaciones a Gestión de Cartera y a Gestión de Facturación.	Diario
		No dar respuesta oportuna a las glosas	PROBABLE (4)	MAYOR (4)	E	Consecución de dos auxiliares de auditoría adicionales para la redistribución de la glosa administrativa y liberar de tiempo al auditor para la auditoría de cuentas.	Diciembre 31 de 2016

Fuente: Elaboración propia

MAPA 10. GESTION AUDITORIA:

 REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.					
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL		Versión: 0					
		Código: SILV-GC-34-F02					
		PAGINA 2 de 3					
PROCESO	SUBPROCESO	DESCRIPCION DEL RIESGO	CALIFICACION			BARRERA DE CONTROL DE RIESGO	PLAZO
			PROBABILIDAD	IMPACTO	CALIFICACION		
Gestión Contable y financiera	Gestión de Auditoría	Obstaculización de las actividades de auditoría por falta de parametrización de contratos con las EPS.	CASI SEGURO (5)	MAYOR (4)	E	Realizar la parametrización oportuna de los contratos: Una vez firmados y una vez definidas las negociaciones.	Junio de 2017
		Pérdida de factura y sus soportes en el área de Auditoría o Consolidación.	CASI SEGURO (5)	MENOR (2)	A	Seguimiento a la recepción de facturas en el área de Consolidación y cortes mensuales de seguimiento a la facturación y corte los días 10 de cada mes.	Mensual
						Trazabilidad de la factura en el sistema Dinámica Gerencial (30 de cada mes y cada 10 días).	Mensual
		Que se digite erróneamente valores en los documentos del área.	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Verificación plena de valores de factura y valores totales digitados de glosa al realizar respuesta a la misma.	Diario
		Confirmación inadecuada de la recepción de glosa en el software	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	A	Control de indicadores de Gestión de Auditoría respecto de comunicaciones a Gestión de Cartera y a Gestión de Facturación.	Diario
		No dar respuesta oportuna a las glosas	PROBABLE (4)	MAYOR (4)	E	Consecución de dos auxiliares de auditoría adicionales para la redistribución de la glosa administrativa y liberar de tiempo al auditor para la auditoría de cuentas.	Diciembre 31 de 2016

Fuente: Elaboración propia

MAPA 11. GESTION CONTABILIDAD:

 REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.					
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL		Código: SLV-GC-34-F02					
Libertad y orden		Versión: 0					
		Página 2 de 3					
PROCESO	SUBPROCESO	DESCRIPCION DEL RIESGO	CALIFICACION PROBABILIDAD IMPACTO	CALIFICACION	BARRERA DE CONTROL DE RIESGO	PLAZO	
Gestión Contable y Financiera	Gestión de Contabilidad	Puede suceder que: Se presenten informes inconsistentes, con registros errados y de forma inoportuna	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Definir las fuentes de información para la generación de los informes	semestral
						Establecer tiempos de presentación de informes y realizar seguimiento al cumplimiento	Mensual
						Realizar conciliaciones contables entre los diferentes procesos relacionados	anual
						Realizar revisión permanente de las páginas de las entidades que generan <u>normatividad</u> y <u>circulares contables</u>	Permanente
						Capacitación del personal	Anual
	Puede suceder que: Exista pérdida de la información contable y financiera	PROBABLE (4)	CATASTROFICO (5)	E	Actualización de tablas de retención documental	Diciembre 31 de 2016	
					Realización de copias de seguridad	Permanente	
					El software de <u>Dinámica Gerencial Hospitalar</u> cuenta con una estructura que asegura el registro y cuenta con las políticas de seguridad de la institución	Cumplida	
					Puede suceder que: Sea manipulada la información contable institucional	RARO (1)	CATASTROFICO (5)
Generación de informe de visitas a la página web	Semestral						
Socializar el código de ética de buen gobierno	mensual						

Fuente: propia

MAPA 12. GESTION CONTRATACION:

Fuente: Elaboración propia

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL CAUCA MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL Año 2016		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E. S.F. Código: SIV.GC-34.F02 Versión: 0 Página 2 de 3					
Proceso:	Subproceso:	Descripción del Riesgo:	CALIFICACION			BARRERA DE CONTROL DE RIESGO	
			Probabilidad	Impacto	Calificación	Acción:	Plazo:
Gestión Jurídica	Contratación	Puede suceder que: Falta de idoneidad de los interventores	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	A	Cada proceso presentará requerimientos por su equipo de trabajo, el cual estará conformado por personal idóneo en la temática a solicitar, de ello se generará un acta como evidencia de la identificación del requerimiento.	Permanente
		Fallas o vacíos en los procedimientos para la recepción, registro y custodia de ofertas	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	A	El proceso revisará el procedimiento para identificar mejoras o correcciones que se deban hacer al respecto, esto con el fin de asegurar los elementos y procedimientos necesarios para tal fin.	Primer Semestre de 2017
						En caso de encontrarse falla en el procedimiento se modificará el mismo para su aprobación y realizar la respectiva socialización de los cambios realizados	Permanente
						Se deberá tener en cuenta la Resolución No. 1016 de 27 de agosto de 2014 por medio del cual se adopta el Manual y los Procedimientos de Contratación, en caso de encontrarse alguna mejora se modificará dicho Acto Administrativo.	Permanente
		Piegos de condiciones incompletos o ambiguos	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Para la elaboración y entrega de los pliegos se realizará un filtro de evaluación, el cual será realizado por el responsable del proceso que corresponda (con su equipo de trabajo) se dejará evidencia de esta acción. Ejemplo, Actas, Formatos, Registros.	Permanente
inexistencia de controles para la elaboración de contratos	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Cuando se reciban los estudios previos o de necesidad del producto y/o servicio, los soportes y demás elementos necesarios para la etapa precontractual y elaboración del contrato, obligatoriamente se diligenciará la lista de chequeo.	Permanente		

Fuente: Elaboración propia

MAPA 13. GESTION COSTOS:

 REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.					
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL		Código: SLV-GC-34-F02					
		Versión: 0					
		Página 2 de 3					
PROCESO	SUBPROCESO	DESCRIPCION DEL RIESGO	CALIFICACION		BARRERA DE CONTROL DE RIESGO	PLAZO	
			PROBABILIDAD	IMPACTO			CALIFICACION
Gestión Contable y financiera	Gestión de Costos	Puede suceder que: Exista pérdida de la información procesada.	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	A	Realizar y entregar a Sistemas de Información mensualmente copias de seguridad con la información a conservar.	Mensual
						Determinar y asignar al personal <u>idoneo</u> para la realización de Informes.	Según contratación
		Puede suceder que: La entrega de informes sea inoportuna.	PROBABLE (4)	MODERADO (3)	A	Definir claramente las fuentes de información para el manejo de la documentación del <u>subproceso</u> .	Mensual
						Realizar conciliaciones contables entre los diferentes procesos relacionados.	Mensual
						Establecer tiempos de presentación de informes mediante un cronograma y realizar seguimiento al cumplimiento.	Mensual
		Puede suceder que: Los informes de costos no sean coherentes con la realidad.	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Realizar y entregar a Sistemas de Información mensualmente copias de seguridad con la información a conservar.	Mensual
	Determinar y asignar al personal <u>idoneo</u> para la realización de informes.					Según contratación	
	Verificar que toda la información requerida sea confiable.					Mensual	

Fuente: Elaboración propia

MAPA 14. GESTION ESTERILIZACION:

 REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.					
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL		Código: SLV-GC-34-F02					
		Versión: 0					
		Página 2 de 3					
PROCESO	SUBPROCESO	DESCRIPCION DEL RIESGO	CALIFICACION			BARRERA DE CONTROL DE RIESGO	PLAZO
			PROBABILIDAD	IMPACTO	CALIFICACION		
Gestión de Recursos Físicos y Ambientales	Gestión de Esterilización	Puede suceder que: Los protocolos de los procedimientos de la Central de Esterilización, no se apliquen y/o estén desactualizados	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	A	Se elabora y/o actualiza los procedimientos según se identifican las necesidades de documentación. Incluyendo listas de chequeo y verificación de la adherencia al procedimiento. Se socializa al 100% del personal del Subproceso	Diario
						Cronograma de seguimiento para adherencia a los objetivos del Subproceso	Mensual
		Puede suceder que: No se garantice la disponibilidad del material quirúrgico especializado	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	A	Seguimiento de las solicitudes realizadas por los diferentes servicios	Diario
		Puede suceder que: No se garantice la limpieza y desinfección según se requiere para la esterilización.	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Capacitación de procedimientos al equipo y su respectiva evaluación del Subproceso	Mensual
						Se verifica los requerimientos del subproceso, manteniendo un stock de insumos que garantice la normal distribución de los mismos	Semanal
						Se actualiza la ficha técnica de los insumos requeridos en la Central de Esterilización	Anual
		Puede suceder que: No se ejecute el proceso de empaque acorde a las necesidades establecidas	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	A	Se establece previamente los requerimientos del Subproceso tanto en cantidades como en calidad para cumplir así con los objetivos del mismo	Semanal
						Requerimiento a Almacén y Suministros con previo visto bueno del Subproceso de Ingeniería Hospitalaria	Eventual
						Adecuación y reestructuración de los espacios con los que cuenta el área de trabajo	Eventual
						Correcto uso del instrumento de verificación de listas de chequeo	Mensual
		POSIBLE (3)	MODERADO (3)	E	Cronograma de limpieza y desinfección y su seguimiento respectivo	Diario	
					Se solicita requerimiento al subproceso de Sistemas de Información para procesos de almacenamiento en digital y disposición final de registros	Eventual	
					Socializaciones del manual de esterilización relacionando la importancia de verificar las fechas de vencimiento de la esterilización de dispositivos médicos en Central de Esterilización y servicios asistenciales	Eventual	

Fuente: Elaboración propia

MAPA 15. GESTION FACTURACION:

 LIBERTAD Y ORDEN	REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL CAUCA MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2017		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. Versión: 0 Código: SLV.GC-34-F02 Página 2 de 3				
	PROCESO	SUBPROCESO		DESCRIPCION DEL RIESGO	CALIFICACION			BARRERA DE CONTROL DE RIESGO
			PROBABILIDAD	IMPACTO	CAUFICACION			
Gestión Contable y financiera	Gestión de Facturación	Puede suceder que: Incompleta o incorrecta identificación del paciente	PROBABLE (4)	MAYOR (4)	E	Capacitación al personal en la correcta identificación del paciente o seguimiento una vez se puedan confirmar datos	Mensual	
						Correcta verificación de los datos del paciente según documento de identidad o datos en su EPS	Diario	
						Actualización, difusión y seguimiento de procedimientos del Subproceso	1er semestre 2017	
		Puede suceder que: No se facture oportuna y correctamente el servicio prestado al paciente	PROBABLE (4)	MAYOR (4)	E	Comunicación y capacitación continua entre procesos y seguimiento al Plan de Mejoramiento	Mensual	
						Verificación oportuna de los derechos del paciente en su EPS y seguimiento en caso de inconsistencia	Diario	
						Seguimiento a ingresos pendientes por cerrar de cada facturador	Semanal	
						Revisión del 90% de la facturación por parte de Auditoría	Diario	
		Puede suceder que: No se pueda radicar la factura oportunamente	PROBABLE (4)	MAYOR (4)	E	Revisión de minutas para la contratación con las EPS según normatividad vigente, definiendo claramente en el proceso contractual los requerimientos	Según necesidad	
						Revisión de procedimientos para entrega de soportes al Subproceso	Define Subdirección Activa	
						Establecer claramente los tiempos para radicación de facturas con el Comité de Contratación	Según contratación	
						Auditoría al 90% de la facturación	Diario	
		Puede suceder que: Alto volumen de glosas por parte de las EPS	PROBABLE (4)	MAYOR (4)	E	Entrega oportuna de contratos al Subproceso y parametrización de tarifas	Según necesidad	
				Realización de fichas de contratos y difusión de las mismas	Según firma de contratos			
				Capacitación y evaluación al equipo, reuniones periódicas	Mensual			
				Auditoría al 90% de la facturación	Diario			

Fuente: Elaboración propia

MAPA 16. GESTION INFORMACION CLINICA Y ESTADISTICA:

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA			HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.			
Libertad y orden	MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL			Versión: 0		Código: SLV-GC-34-F02	
					Página 2 de 3		
PROCESO	SUBPROCESO	DESCRIPCION DEL RIESGO	CALIFICACION			BARRERA DE CONTROL DE RIESGO	PLAZO
			PROBABILIDAD	IMPACTO	CALIFICACION		
Gestión de Sistemas de Información y Comunicaciones	Gestión de la Información Clínica y Estadística	Puede suceder que: Deterioro o pérdida de historias clínicas en físico o digital	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Establecer planes de contingencia ante inundación, incendio, terremoto	Anual
						Se cuenta con sistema de extintores, sistema de drenaje de aguas, control de plagas	Permanente
						Establecer roles y permisos de usuario para acceso al Sistema de Información.	Semestral
		Puede suceder que: Pérdida de la confidencialidad de historia clínica	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Establecer roles y permisos de usuario para acceso al Sistema de Información	Semestral
						Capacitación al personal en responsabilidad sobre el manejo de registros e historia clínica	Anual
		Puede suceder que: Archivo equivocado de registros asistenciales e historia clínica	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Capacitación al personal responsable de archivo y seguimiento a las acciones	Anual
		Puede suceder que: Falta de oportunidad en el archivo de registros asistenciales digitales y físicos	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	A	Capacitación al personal en responsabilidad sobre el manejo de registros e historia clínica	Anual
						Evaluación de actividades y establecer requerimiento de personal	Anual
		Puede suceder que: Se presenten informes inconsistentes, con registros errados y de forma inoportuna	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	A	Establecer tiempos de presentación de informes y realizar seguimiento al cumplimiento	Mensual
						Cronograma de actividades para el logro de los objetivos del subproceso	Mensual

Fuente: Elaboración propia

MAPA 17. GESTION PRESUPUESTO:

 Libertad y orden	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.			
	MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL			Código: SLV-GC-34-F02			
PROCESO	SUBPROCESO	DESCRIPCION DEL RIESGO	CALIFICACION			BARRERA DE CONTROL DE RIESGO	PLAZO
			PROBABILIDAD	IMPACTO	CALIFICACION		
Gestión Contable y financiera	Gestión de Presupuesto	Puede suceder que: Se elabore presupuesto no ajustado a la realidad del hospital.	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Definir claramente las fuentes de información para la generación de los informes y la revisión oportuna de los indicadores presupuestales	Mensual
						Realizar conciliaciones contables entre los diferentes procesos relacionados.	Anual
						Capacitación del personal	Anual
						Realización de copias de seguridad	Diciembre 31 de 2016
		Puede suceder que: Registrar actos administrativos sin Certificado de Disponibilidad Presupuestal.	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Determinar claramente toda la documentación necesaria para tal fin y la no aceptación ni firma sin soportes completos.	Semestral
						Socializar el código de ética de buen gobierno	Mensual
						Realización de copias de seguridad	Diario
		Puede suceder que: Inoportunidad en la presentación de informes financieros a los entes de control en los términos establecidos.	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Establecer tiempos de presentación de informes y realizar seguimiento al cumplimiento	Mensual
						Definir según contratación del personal las tareas para las cuales se requiere.	Permanente
						Solicitar la información oportunamente a los subprocesos relacionados con el área.	Diario

MAPA 18. GESTION SEG Y SALUD EN EL

TRABAJO:

Fuente: Elaboración propia

 REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL CAUCA MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. Código: SLV-GC-34-F02					
Versión: 0		Página 2 de 3					
PROCESO	SUBPROCESO	DESCRIPCION DEL RIESGO	CALIFICACION			BARRERA DE CONTROL DE RIESGO	PLAZO
			PROBABILIDAD	IMPACTO	CALIFICACION		
Gestión del Recurso Humano	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Puede suceder que: No se ejecuten las actividades del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo -SGGST-	IMPROBABLE (2)	MAYOR (4)	A	Capacitación - sesiones breves y sensibilización en SGSST - (reinducción)	CAPACITACION Y REINDUCCIÓN ANUAL - SEGÚN REQUERIMIENTO
						Determinación previa de la cantidad de insumos y elementos requeridos para el SGSST para incluirlos en el presupuesto.	ANUAL
						Se convoca a la Alta Dirección en conjunto con COPASST para dar a conocer las acciones realizadas y necesidades por parte del equipo de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo	Según requerimiento
						Contratación de personal que apoye la implementación del SGSST, solicitud de Psicóloga especialista en salud ocupacional para el Diagnóstico por medio de la Batería en Riesgo psicosocial y su implementación en medidas Preventivas. Así mismo para el programa Escucha.	ANUAL
		Puede suceder que: Incremento del índice de accidentes de trabajo y/o enfermedades laborales	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	A	Realización de pausas activas, actividades de intervención en peligro psicosocial, sesiones breves de autocuidado, manipulación de cargas, movimientos repetitivos, higiene postural, comunicación asertiva, trabajo en equipo.	Diarío o según requerimiento
						Reportes por diferentes medios de comunicación al subproceso de SGSST o a Ingeniería Hospitalaria	Según requerimiento
						Capacitación, sesiones breves y sensibilización en SGSST - (reinducción)	Annual o según requerimiento
		Puede suceder que: No se brinden condiciones de confidencialidad y privacidad de la Historia clínica ocupacional de los colaboradores	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Se cuenta a partir de Septiembre de 2016 con un espacio físico para el archivo de las historias clínicas ocupacionales	Cumplido
						Socialización del código de ética y de buen gobierno	Annual
		Puede suceder que: Falta de acompañamiento y control a la implementación del SGSST	RARO (1)	MODERADO (3)	M	Se cuenta con horas programadas mensualmente por parte del COPASST para la programación de las diferentes actividades, sin definir por parte del Comité de Convivencia	Mensual
						Sensibilización y capacitación de responsabilidades y funcionamiento de los Comités.	Según requerimiento
						Capacitación en cuanto al marco legal que rige a los Comités	Según requerimiento

Fuente: Elaboración propia

MAPA 19. GESTION SERVICIOS GENERALES:

 Libertad y orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.			
	MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL			Código: SLV-GC-34-F02			
			Versión: 0		Página 2 de 3		
<u>PROCESO</u>	<u>SUBPROCESO</u>	<u>DESCRIPCION DEL RIESGO</u>	<u>CALIFICACION</u>			<u>BARRERA DE CONTROL DE RIESGO</u>	<u>PLAZO</u>
			<u>PROBABILIDAD</u>	<u>IMPACTO</u>	<u>CALIFICACION</u>		
Gestión de recursos Físicos y Ambientales	Gestión de servicios generales (lavandería, Aseo y Cocina)	Puede suceder que: no contar con la ropa hospitalaria necesaria y descontaminada para una prestación de servicios de salud.	CASI SEGURO (5)	MAYOR (4)	E	Gestión de necesidades (identificación y <u>adquisición</u> de elementos) de ropa hospitalaria.	semestral
		Puede suceder que: Los alimentos estén contaminados, no suministrar la dieta prescrita	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Hacer seguimiento a la implementación del manual de buenas prácticas de manufactura alimentaria	trimestral

Fuente: Elaboración propia

MAPA 20. GESTION VIGILANCIA Y SEGURIDAD:

 Libertad y orden	REPUBLICA DE COLOMBIA- DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.			
	MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL			Código: SLV-GC-34-F02			
			Versión: 0		Página 2 de 3		
<u>PROCESO</u>	<u>SUBPROCESO</u>	<u>DESCRIPCION DEL RIESGO</u>	<u>CALIFICACION</u>			<u>BARRERA DE CONTROL DE RIESGO</u>	<u>PLAZO</u>
			<u>PROBABILIDAD</u>	<u>IMPACTO</u>	<u>CALIFICACION</u>		
Gestión de Recursos Físicos y Ambientales	Vigilancia y Seguridad	Pérdida de elementos, bienes del hospital	CASI SEGURO (5)	MENOR (2)	A	<u>Implementación</u> del Manual de Vigilancia	cuatrimestral

Fuente: Elaboración propia

MAPA 21. GESTION SIAU:

 REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2017		 HOSPITAL SU SANA LOPEZ DE VALENCIA E. S. E. Versión: 0 Código: SLV-GC-34-F02 Página 2 de 3					
PROCESO	SUBPROCESO	DESCRIPCION DEL RIESGO	CALIFICACION			BARRERA DE CONTROL DE RIESGO	PLAZO
			PROBABILIDAD	IMPACTO	CALIFICACION		
Gestión Clínica y Seguridad del paciente	Sistema de Información y Atención al Usuario - SIAU	Puede suceder que: Se asignen erróneamente las citas.	PROBABLE (4)	MAYOR (4)	E	Realización de una correcta inducción y reinducción al personal asignado al subproceso	Semestral
		Enfasis en comunicar a los pacientes o familiares sus deberes y derechos como pacientes				Permanente	
		Seguimiento en cuanto a desempeño del personal asignado al subproceso				Mensual	
		Puede suceder que: Se brinde información errada o no acorde a las necesidades de los usuarios.	PROBABLE (4)	MAYOR (4)	E	Socializar el código de ética de buen gobierno	Mensual
		Capacitación a funcionarios sobre la correcta manera de dirigirse al usuario y que este comprenda claramente la información.				Semestral	
		Puede suceder que: Que el paciente se prepare inadecuadamente o no se prepare para su procedimiento o cita según las recomendaciones en las guías.	PROBABLE (4)	MAYOR (4)	E	Enfasis en comunicar a los pacientes o familiares sus deberes y derechos como pacientes	Diario
		Capacitación a funcionarios sobre la correcta manera de dirigirse al usuario y que este comprenda la importancia del servicio que se está brindando para su salud				Semestral	
		Puede suceder que: Que no se realice el debido análisis a las quejas y/o sugerencias en los procesos generadores.	PROBABLE (4)	MAYOR (4)	E	Seguimiento a toda PQR generada por el usuario por pequeña que parezca	Diario
Realización de una correcta inducción y reinducción al personal asignado al subproceso	Semestral						
Puede suceder que: Que no se entreguen los informes a tiempo.	POSIBLE (3)	MENOR (2)	M	Definir las fuentes de información para la generación de los informes	Mensual		
Puede suceder que: Que el SIAU no tenga participación activa en la liga de usuarios.	POSIBLE (3)	MENOR (2)	M	Realización de una correcta inducción y reinducción al personal asignado al subproceso	Semestral		

Fuente: Elaboración propia

MAPA 22. GESTION SISTEMAS DE INFORMACIÓN:

 REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2017	 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E. S.E.	HO SPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E. S.E. Código: SLV-GC-34-F02 Versión: 0 Pagina 2 de 3					
		PROCESO SUBPROCESO DESCRIPCION DEL RIESGO	CALIFICACION PROBABILIDAD IMPACTO CALIFICACION			BARRERA DE CONTROL DE RIESGO	PLAZO
Gestión de Sistemas de Información y Comunicaciones Gestión Informática	Gestión Informática	Puede suceder que: Mala estructuración del Sistema de Información	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Establecer protocolos y procedimientos de calidad Contratación de personal según procedimiento del subproceso de Talento Humano	Permanente Cumplido
		Puede suceder que: Información inconsistente	IMPROBABLE (2)	MAYOR (4)	A	Capacitación al personal para garantizar que se ingrese bien la información, que se cumpla con la lista de chequeo de la entrega de información, definir claramente los roles y permisos de acceso a Sistemas de Información. Contratación de personal según procedimiento del área de talento humano	Permanente Cumplido
		Puede suceder que: La no prestación de servicios por obsolescencia de equipos y tecnología	IMPROBABLE (2)	MODERADO (3)	M	Actualización de equipos y seguimiento al Plan de Mantenimiento de Equipos. Seguimiento al Plan de Compras.	Permanente
		Puede suceder que: Pérdida de información	POSIBLE (3)	CATASTROFICO (5)	E	Realizar copias de seguridad internas y externas, copias diferenciales, establecer medidas de seguridad para acceso lógico y físico, instalación de Antivirus. Establecer roles y permisos de usuario para acceso al Sistema de Información. Realizar cambio de cableado estructurado cuando sea necesario	Permanente Permanente Cada 5 años
		Puede suceder que: Ataque cibernético al Sistema de Información	RARO (1)	CATASTROFICO (5)	A	Implementación de políticas de seguridad para acceso remoto, bloqueo de puertos mediante políticas de firewall, actualización de equipo perimetral firewall	Permanente
		Puede suceder que: Actualizaciones degraden el funcionamiento del Sistema de Información	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Realización de pruebas técnicas del software en procesos administrativos y asistenciales Identificación correcta de necesidades mediante el procedimiento para identificación de necesidades de información	Ocasional Ocasional
		Puede suceder que: Colapso de red por tráfico	IMPROBABLE (2)	MAYOR (4)	A	Plan de mantenimiento de equipos, switches e impresoras. Plan de compras, Plan de obsolescencia de equipos de computo e impresoras	Permanente

Fuente: Elaboración propia

MAPA 23. GESTION SUMINISTROS:

 REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.F.					
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL		Código: SLV-GC-34-F02					
		Versión: 0					
		Página 2 de 3					
PROCESO	SUBPROCESO	DESCRIPCION DEL RIESGO	CALIFICACION		BARRERA DE CONTROL DE RIESGO	PLAZO	
			PROBABILIDAD	IMPACTO			
Gestión de Recursos Físicos y Ambientales	Gestión de Suministros y Activos Fijos	Puede suceder que: No se identifiquen las necesidades reales de las áreas asistenciales y administrativas para el plan de adquisición de bienes	PROBABLE (4)	MAYOR (4)	E	Verificación del plan de compras entregado por los distintos procesos y comparación con el consumo <u>historico</u>	30 de septiembre de 2017
						Socialización del procedimiento a todas las áreas del hospital	junio 30 de 2017
		Puede suceder que: compras aceptadas sin el cumplimiento de las especificaciones técnicas.	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	A	Estudios y análisis de la necesidad de los elementos con <u>características</u> actualizadas del mercado que satisfagan nuestra necesidad y firmados por el <u>líder</u> del proceso	febrero 28 de 2017
		Puede suceder que: fallas u omisiones en la transcripción al <u>kardex</u> de almacén	POSIBLE (3)	MENOR (2)	M	Socialización del código de ética y de buen gobierno	30 de marzo de 2017
		Puede suceder que: Se ingresen <u>DM</u> medicamentos, insumos y equipos entre otros elementos que no tengan soporte <u>presupuestal</u> ni contratos.	PROBABLE (4)	MAYOR (4)	E	Rechazo del supervisor del contrato de elementos que no cumplan con los requerimientos de la institución	30 de marzo de 2017
		Puede suceder que: No se realice orden de despacho de material de <u>osteosintesis</u> medicamentos y <u>DM</u> facturables	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	A	Verificación de existencias en el inventario conforme a lo requerido por el proceso.	febrero 28 de 2017
						seguimiento al registro de <u>kardex</u> en bodega cada 8 días	
						se solicita ante la oficina <u>juridica</u> el procedimiento de <u>calificacion</u> de proveedores	abril 30 de 2017
		Puede Suceder que: exista incumplimiento por parte de los proveedores.	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	A		
		Puede suceder que: Los <u>DM</u> medicamentos, insumos y equipos entre otros elementos importados sufran aumentos considerables según variación del dólar	POSIBLE (3)	MODERADO (3)	A	Inspección y verificación de inventarios.	Marzo 30 de 2017.
		Puede Suceder que: Exista daño, pérdida o hurto de elementos en la bodega de suministros.	RARO (1)	MAYOR (4)	A	Reporte a la aseguradora e investigación disciplinaria	febrero 28 de 2017

Fuente: Elaboración propia

MAPA 24 GESTION DE TALENTO HUMANO:

Proceso	Subproceso:	Descripción del Riesgo:	CALIFICACION			BARRERA DE CONTROL DE RIESGO	
			Probabilidad	Impacto	Calificación	Acción:	Plazo:
Gestión del Recurso Humano	Administración del Talento Humano	Puede suceder que: Que el personal no realice las funciones o actividades para las cuales fué contratado	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Establecer un cronograma de actividades para así cumplir los objetivos.	Permanente
						Realizar capacitación que sensibilice al personal supervisor de contratos	Semestral
						Establecer perfil adecuado de competencias, revisión de los estudios de necesidad, compromisos pactados para el personal de carrera	Semestral
		Puede suceder que: Que al personal no se liquide su salario y prestaciones sociales conforme a la ley	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Solicitar la actualización del aplicativo de nomina a Gestión de Sistemas de información	Define Sistemas de información
						Capacitación de actualización en normas laborales	Anual
						Definir claramente el personal responsable de reportes de afiliaciones.	Semestral
		Puede suceder que: No exista adecuado clima laboral	PROBABLE (4)	MAYOR (4)	E	Incentivar la participación de la mayor parte del personal contratado en las actividades lúdicas que se programan según recursos presupuestados.	Permanente
						El área de Gestión de Tesorería cuenta con un rubro para esta obligación. CONTROL DE OTRO SUBPROCESO	Cumplido
		Puede suceder que: El personal esté expuesto a accidentes y enfermedades laborales	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Que el jefe del área supervise y coordine la correcta utilización de los equipos de protección por parte del personal para la realización de sus actividades	Permanente
						Fomentar que el personal participe en todas las actividades implementadas por salud ocupacional y solicitar a las ARI, capacitación sobre la prevención de enfermedades comunes, laborales y accidentes laborales.	Permanente

Fuente: Elaboración propia

MAPA 25. GESTION DOCUMENTAL:

 Libertad y Orden	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA		 HOSPITAL	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E. S. E.			
	MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL			Versión: 0	Código: SLV.GC.34.F02		
2016		Página 2 de 3					
PROCESO	SUBPROCESO	DESCRIPCION DEL RIESGO	CALIFICACION			BARRERA DE CONTROL DE RIESGO	PLAZO
			PROBABILIDAD	IMPACTO	CALIFICACION		
Gestión de Sistemas de Información y Comunicaciones	Gestión Documental	Deterioro o pérdida de documentos	PROBABLE (4)	MAYOR (4)	E	Establecer planes de contingencia ante inundación, incendio, terremoto	Anual
						Capacitación a los colaboradores en programa de Gestión Documental	Semestral
						Establecer procedimiento de custodia documental	Anual
		Desactualización de tablas de retención documental	PROBABLE (4)	CATASTROFICO (5)	E	Solicitud a Talento Humano del personal requerido para el cumplimiento de metas del subproceso	Anual
						Solicitar con oportunidad el presupuesto requerido para todas las actividades correspondientes al subproceso	Anual
						Establecer el procedimiento de actualización de tablas de retención documental	Anual
		Retraso en el ciclo vital del documento	IMPROBABLE (2)	MAYOR (4)	A	Contrato vigente con empresa de mensajería	Anual
						Socialización a todos los colaboradores del subproceso de procedimiento de ventanilla única	Semestral
		Numeración de actos administrativos sin existencia o duplicados	IMPROBABLE (2)	MAYOR (4)	A	Cronograma de actividades para el logro de los objetivos del subproceso	Mensual
						Establecimiento claro de objetivos a lograr por el personal asignado al subproceso	Anual

Fuente: Elaboración propia

MAPA 26. GESTION INGENIERIA HOSPITALARIA:

REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA					HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.	
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL					Versión: 0	Código: SLV-GC-34-F02
2016		Página 2 de 3				
SUBPROCESO	DESCRIPCION DEL RIESGO	CALIFICACION			BARRERA DE CONTROL DE RIESGO	PLAZO
		PROBABILIDAD	IMPACTO	CALIFICACION		
ingeniería Hospitalaria	Puede suceder que: Fallas de los equipos y de la infraestructura hospitalaria que impidan o afecten la seguridad de la prestación de servicios de salud	PROBABLE (4)	MAYOR (4)	E	Diseño y ejecución del PMH de cada vigencia, sujeto a un presupuesto específico.	Anual
					Contratación de personal idoneo para la ejecución del PMH.	Permanente
					Adquisición de insumos, elementos y herramientas para ejecutar el plan de mantenimiento hospitalario oportunamente.	Permanente
					Gestión oportuna de la contratación de servicios externos que complementen el PMH	Permanente
	Puede suceder que: Obsolescencia Tecnológica	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Aplicación del procedimiento de reposición de tecnología biomédica y de apoyo.	Anual
					Planear adecuadamente el presupuesto para la adquisición y renovación de tecnología	Anual
Puede suceder que: Desactualización del inventario físico funcional	IMPROBABLE (2)	MAYOR (4)	A	Concertación de inventarios anualmente.	Anual	

Fuente: Elaboración propia

MAPA 27. GESTION PAGADURIA Y CAJA:

	REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA			HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E. S.E.			
	MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL			Versión: 0	Código: SLV-GC-34-F02		
2016		Pagina 2 de 3					
Proceso:	Subproceso:	Descripción del Riesgo:	CALIFICACION			BARRERA DE CONTROL DE RIESGO	
			Probabilidad	Impacto	Calificación	Acción:	Plazo:
Gestión Contable y Financiera	Gestión Pagaduría y Caja	Puede suceder que: Haya hurto en la administración de los recursos	RARO (1)	MAYOR (4)	A	Medidas de seguridad apropiadas, tales como: contrato vigente con la transportadora de efectivo, manejo de software especializado para transacciones bancarias, instalación de cámaras y alarmas, manejo de caja fuerte y acceso restringido a la oficina de tesorería.	Permanente
		Puede suceder que: Exista mora en pago de proveedores en general.	PROBABLE (4)	MAYOR (4)	E	Garantizar al pago a los proveedores prioritarios	Permanente
		Puede suceder que: Se reciba moneda falsa en los puntos de recaudo	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	E	Manejo de marcador y lampara de luz ultravioleta para identificación de billetes por parte del personal en los puntos de recaudo.	Diario

Fuente: Elaboración propia

MAPA 28. GESTION REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:

 REPUBLICA DE COLOMBIA. DEPARTAMENTO DEL CAUCA MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL - 2017		 HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. Código: SLV-GC-34-F02		Versión: 0 Página 2 de 3			
PROCESO	SUBPROCESO	DESCRIPCION DEL RIESGO	CALIFICACION			BARRERA DE CONTROL DE RIESGO	PLAZO
			PROBABILIDAD	IMPACTO	CALIFICACION		
Gestión Clínica y Seguridad del Paciente	Referencia y Contrareferencia	Puede suceder que: Falta de oportunidad en la entrega de autorizaciones a los procesos asistenciales para realizar los procedimientos	PROBABLE (4)	MODERADO (3)	A	Se socializa al personal del Subproceso la verificación del adecuado diligenciamiento de las solicitudes	Mensual
						Se retroalimenta a los líderes médicos sobre los hallazgos relacionados	Mensual
						Se retroalimenta a los líderes médicos sobre las solicitudes realizadas en folios no enlazados con la plataforma de Referencia y Contrareferencia	Mensual
						Se informa por la herramienta Spark o vía telefónica con evidencia en el anexo administrativo al responsable y se retroalimenta de los hallazgos a líderes de enfermería	Diaría
						Revista diaria en la cual se verifica el cumplimiento de las actividades del personal de Referencia y Contrareferencia	Diaría
						Se retroalimenta a los líderes médicos sobre la falta de oportunidad en la corrección de la orden médica.	Diaría
		Puede suceder que: Falta de oportunidad en la autorización de procedimientos y/o remisiones por parte de las EPS	PROBABLE (4)	MODERADO (3)	A	Se informa por la herramienta Spark o vía telefónica con evidencia en el anexo administrativo al responsable y se retroalimenta de los hallazgos a líderes médicos	Diaría
						Se realiza revisión de la descripción operatoria de los pacientes contributivos o entidades con las cuales no se tiene contrato	Diaría
						Revista diaria en la cual se verifica el cumplimiento de las actividades del personal de Referencia y Contrareferencia	Diaría
						Se confirman datos con facturadores, se contacta a los familiares y se realiza gestión con Trabajo Social.	Diaría
						Se confirman datos con facturadores, se realizan las correcciones y se retroalimenta con respecto a los hallazgos al líder de facturación	Diaría
						Se reporta inmediatamente a Sistemas de Información o a Mantenimiento	Ocasional
Puede suceder que: Falta de oportunidad en la respuesta de IPS o red prestadora	POSIBLE (3)	MENOR (2)	M	Se contacta a facturadores y familiares y se realiza gestión con Trabajo Social.	Ocasional		
				Se informa por la herramienta Spark o vía telefónica con evidencia en el anexo administrativo al responsable y se retroalimenta de los hallazgos a líderes médicos	Diaría		
				Se confirman datos con facturadores, se realizan las correcciones y se retroalimenta con respecto a los hallazgos a la líder de facturación	Diaría		
				Se reporta inmediatamente a Sistemas de Información o a Mantenimiento	Ocasional		
Puede suceder que: Perdida de Información	PROBABLE (4)	MODERADO (3)	A	Se solicita mensualmente la copia de seguridad de los correos electrónicos al líder de Sistemas de información	Mensual		
				Se Reportan los hallazgos relacionados con error en plataforma Web a Sistemas de información	Ocasional		

Fuente: Elaboración propia

Una vez valorados los elementos de control existentes en los diferentes procesos, los cuales permiten obtener información para efectos de la toma de decisiones y para la valorización de riesgos.

Elaboración de un Plan de Mitigación HSLV

Se busca que el HSLV obtenga los siguientes resultados

- ✓ Identificación de los controles existentes para los riesgos identificados y analizados
- ✓ Priorización de los riesgos de acuerdo con los resultados obtenidos en confrontar la evaluación del riesgo con los controles existentes, a fin de establecer aquellos que pueden causar mayor impacto a la entidad en caso de materializarse

Es el producto de confrontar los resultados de la evaluación del riesgo con los controles identificados, esto se hace con el objetivo de establecer prioridades para su manejo y para la fijación

TABLA 1. DE PROBABILIDAD:

DESCRIPTOR			VALORES CALIFICACIÓN PROBABILIDAD		
			Fuente: Elaboración propia		
				FRECUENCIA	NIVEL
RARO		El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales.		No se ha presentado en los últimos 5 años.	1
IMPROBABLE		El evento puede ocurrir en algún momento.		Al menos de 1 vez en los últimos 5 años.	2
POSIBLE		El evento podría ocurrir en cualquier momento.		Al menos de 1 vez en los últimos 2 años.	3
PROBABLE		El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias.		Al menos de 1 vez en el último año.	4
CASI SEGURO		Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias.		Más de 1 vez al año.	5

Bajo el criterio de Impacto, el riesgo se debe medir a partir de las siguientes especificaciones:

TABLA 2. DE IMPACTO

VALORES CALIFICACIÓN IMPACTO		
DESCRIPTOR	DESCRIPCION	NIVEL
INSIGNIFICANTE (1)	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales.	1
MENOR (2)	El evento puede ocurrir en algún momento.	2
MODERADO (3)	El evento podría ocurrir en cualquier momento.	3
MAYOR (4)	El evento probablemente ocurrirá en la mayoría de las circunstancias.	4
CATASTROFICO (5)	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias.	5

PROBABILIDAD	IMPACTO					
	INSIGNIFICANTE (1)	MENOR (2)	MODERADO (3)		MAYOR (4)	CATASTROFICO (5)
RARO (1)	B	B	M		A	A
IMPROBABLE (2)	B	B	M		A	E
POSIBLE (3)	B	M	A		E	E
PROBABLE (4)	M	A	A		E	E
CASI SEGURO (5)	A	A	E		E	E

B: ZONA DE RIESGO BAJA: Asumir el riesgo.
 M: ZONA DE RIESGO MODERADA: Asumir el riesgo, Reducir el riesgo.
 A: ZONA DE RIESGO ALTA: Reducir el riesgo, Evitar, Compartir o Transferir.
 E: ZONA DE RIESGO EXTREMA: Reducir el riesgo, Evitar, Compartir o Transferir.

Fuente: Elaboración propia

MATRIZ DE CALIFICACION, EVALUACIÓN Y RESPUESTA A LOS RIESGOS

PROBABILIDAD	IMPACTO				
	Insignificante (1)	Menor (2)	Moderado (3)	Mayor (4)	Catastrófico (5)
Raro (1)	B	B	M	A	A
Improbable (2)	B	B	M	A	E
Posible (3)	B	M	A	E	E
Probable (4)	M	A	A	E	E
Casi Seguro (5)	A	A	E	E	E

B: Zona de riesgo baja: Asumir el riesgo
 M: Zona de riesgo moderada: Asumir el riesgo, reducir el riesgo
 A: Zona de riesgo Alta: Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir
 E: Zona de riesgo extrema: Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir

Fuente: Elaboración propia

7. CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA

7.1. MARCO TEORICO

En términos generales, un ‘Riesgo’ en una organización se conceptualiza como “...la posibilidad de que las expectativas positivas para un sistema orientado al logro de objetivos no se realicen”⁵.

En esa noción están implícitos varios componentes determinantes para generarse el riesgo:

⁵ Morales, Alejandro. ¿Qué es la Administración de Riesgos? Auditool. [Online], 2015. [Citado: 25, 08, 2016]. Recuperado de: <http://www.auditool.org/blog/control-interno/700-administracion-de-riesgos-conceptos-fundamentales>

- La incertidumbre (por muy bien planificada la inversión, sus resultados siempre serán inciertos / aleatorios ante las subjetividades del mercado, p. ej.).
- Las consecuencias indeseadas para el sistema (El riesgo es sinónimo de desastre, ineficacia, ineficiencia, desconocimiento de la real y potencial situación organizadora generadora del mismo).
- La transformación de los contextos externos. (Como se está frente a una economía globalizada, la devaluación / revaluación incierta de las divisidas patrones incidirá en los costos del desarrollo empresarial).

El riesgo es inherente a toda actividad empresarial y a cualquier organización pública:

La administración del riesgo para las entidades públicas en todos sus órdenes, cobra hoy mayor importancia, dado el dinamismo y constantes cambios, que el mundo globalizado de hoy exige. Estos cambios hacen que dichas entidades deban enfrentarse a factores internos y externos que pueden crear incertidumbre sobre el logro de sus objetivos. Así el efecto que dicha incertidumbre tiene en los objetivos de una organización se denomina “riesgo”⁶

Para el caso del riesgo en una institución médico – hospitalaria el riesgo siempre será mayor y exponencialmente creciente dado que la atención del servicio recae exclusivamente en variables bio – fisiológicas imposibles de controlar, predecir o evaluar por el administrador y cuyo tratamiento es esencialmente científico, lo que lo hace aún más crítico en términos de costos operacionales.

⁶ República de Colombia, Procuraduría General de la Nación. Mapa de Riesgos Institucional y de Riesgos de Corrupción 2015 – 2016 [Online], 2015. [Citado: 25, 08, 2016]. Recuperado de: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/MAPA.pdf>

Por todo lo que implica un riesgo: “...tratar de eliminar el riesgo en las empresas es algo inútil. El riesgo es algo inherente al hecho de comprometer recursos actuales en busca de resultados futuros. De hecho, el progreso económico se define como la habilidad de tomar riesgos”⁷.

Los riesgos institucionales deben ser asumidos por la dependencia de Control Interno que técnicamente son definidos por la Ley 87 de 1993 que define:

*“se entiende el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una organización, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención”*⁸

7.2.MARCO CONTEXTUAL

7.2.1 INSTITUCIONALIDAD

Por ordenanza 001 de 1995 y en cumplimiento de la ley 100 de 1993 el HSLV es un establecimiento público, del orden descentralizado, creado para la atención médico–hospitalaria, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente para prestar servicios de salud en el segundo nivel de atención.

Creado en 1947 su misión inicial era ser sanatorio mental y Anti tuberculosis, se mantuvo así hasta el año de 1964; a partir de ahí cambio su misión a ESE de mediana complejidad en el año 1995;

⁷ Morales, Op. cit.

⁸ República de Colombia, Departamento Administrativo de la Función Pública. Manual técnico del modelo estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014; p. 9.[online], 2015. [citado: 25, 08, 2016]. recuperado de: <https://www.google.com.co/search?q=t%c3%89cnico+del+modelo+est%c3%81ndar+de+control+interno+para+el+estado+colombiano+meci+2014%3b&oq=t%c3%89cnico+del+modelo+est%c3%81ndar+de+control+interno+para+el+estado+colombiano+meci+2014%3b&aqs=chrome..69i57.1119j0j7&sourceid=chrome&ie=utf-8>

luego adoptó la política de Hospital Materno Infantil en el año 2007; cambió su estructura física y se modernizó en miras hacia la Acreditación cambiando su visión para ser identificada como una excelente Institución prestadora de servicios de salud, *“promoviendo la satisfacción del talento humano, la innovación y el desarrollo científico para garantizar la rentabilidad social y financiera alcanzando el 2019 un posicionamiento de diferenciación en el mercado”*⁹

En el año 2014 logró la Acreditación brindando un excelente servicio a la comunidad payanesa y a los habitantes de los municipios del Departamento del Cauca que vienen remitidos a un nivel II de atención en salud desde los centros de atención de nivel I en los respectivos municipios.

7.2.2 LINEAMIENTOS GENERALES

El modelo administrativo del Hospital se caracteriza fundamentalmente por su capacidad guiadora, orientadora y generadora de responsabilidad, participación y confianza, con la correspondiente atención de necesidades y expectativas de clientes y/o usuarios, un efectivo compromiso de control y autocontrol, mejoramiento continuo de procesos y resultados, calidad, seguridad, comunicación, transparencia y responsabilidad social.

7.2.3 MODELO DE OPERACIÓN

El Hospital funciona bajo un esquema de procesos orientados al logro de resultados, metas y objetivos institucionales.

Las estrategias de las Líneas de Acción, tema de la investigación, se representa en cinco pilares principales: 1. Gestión del Riesgo Clínico, 2. Gestión Financiera, 3. Hospital Seguro – implementando el Índice de Seguridad Hospitalaria, 4. Seguridad Física Institucional, y 5. Seguridad de la Información.

⁹ Corresponde a la Visión actual del HSLV.

7.2.4 UNIDAD DE LA PRÁCTICA

Según organigrama de la Institución el trabajo a realizar tiene su centro de acción desde la Oficina de Planeación y Calidad, en el organigrama de la Institución la oficina de Control Interno se encuentra ubicada a nivel de directivo-asesor y es la instancia encargada de medir, a través de los mapas de procesos, el riesgo institucional surgiendo de esta manera actividades de mejoramiento que serán plasmadas a través de los planes de acción de cada proceso, apoyando a su vez los planes de mejoramiento para la calidad¹⁰

7.2.5. MARCO CONCEPTUAL

El '*Modelo Estándar de Control Interno*', MECI, es un instrumento jurídico – administrativo y gerencial cuya finalidad es la de fundamentar normativamente los controles. El objetivo instruccional del MECI es aplicarlo en el cumplimiento de los objetivos institucionales; en la cualificación del respectivo servicio institucional (la misión, la visión, la política de calidad, los objetivos de calidad, los valores, los principios) y la contribución de éstos a los fines esenciales de la institucionalidad pública.

El diseño MECI avala como instrumentación legal la coordinación de las actividades intra–institucionales, la transparencia del tráfico e insumos de la comunicación endo/exo-institucional, así mismo, la de prever y corregir pertinentemente las falencias que se presentan en la cotidianidad laboral institucional.

Por lo así anunciado, el MECI se constituye en un instrumento tecno – administrativo de gestión y de apoyo en el fortalecimiento del respectivo sistema de control interno de la entidad y es una guía metodológica y operacional en la evaluación de los riesgos intra / extra- institucionales que bien afecten a la entidad y teniendo en cuenta que la investigación tiene como objetivo final desarrollar un Plan de Mitigación que ayude a reducir la probabilidad de ocurrencia del riesgo o reducir el impacto que se pueda causar dentro de los umbrales aceptables en la Institución teniendo

¹⁰ Cartilla de Acreditación HSLV, Versión 2 de 2015, pág. 108.

en cuenta las demás Políticas ya establecidas dentro del marco administrativo analizando los riesgos negativos (amenazas y debilidades) y los riesgos positivos (fortalezas y oportunidades) previendo un concepto Proactivo institucional y operativo.

Por otra parte, la guía para la administración del riesgo, del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP- es una herramienta fundamental en el desarrollo del presente trabajo; así como debe ser implementada por las instituciones y servidores públicos para poder *“fortalecer el Sistema de Control Interno permitiendo el cumplimiento de los objetivos misionales y los fines esenciales del Estado”*.

8. CONTEXTUALIZACIÓN METODOLÓGICA

- El tipo de investigación es descriptiva y cualitativa. Se reseñarán las características y los rasgos distintivos tecno-administrativos reales de los elementos que bien compongan la eventual estructura de riesgos institucionales de la entidad a muestrearse.
- Para la recolección de la información se recurrirá a fuentes documentales formales. Revisión de la información disponible en Planeación y Calidad; Investigaciones relacionadas con el tema, textos, documentos y normatividad jurídico – legal.
- El resultado de este análisis realizado con todos los líderes del proceso y con la intervención de la Dirección será de gran utilidad para el desarrollo de las funciones del Hospital, serán aplicados de manera gradual y revisada periódicamente.
- La información cuantitativa obtenida tendrá un tratamiento estadístico descriptivo, acompañada de sus respectivas tablas y gráficos con sus debidas interpretaciones. Para ello, se aplicará Excel Básico.
- Todos los datos se categorizarán y organizarán para su respectivo análisis e interpretación.

9. PLAN DE MITIGACION:

9.1 RIESGOS ANALIZADOS:

Los siguientes son los totales de riesgos identificados en la Institución una vez actualizados los mapas de riesgo, debemos tener en cuenta los lineamientos de la DAFP y la normatividad para realizar el análisis:

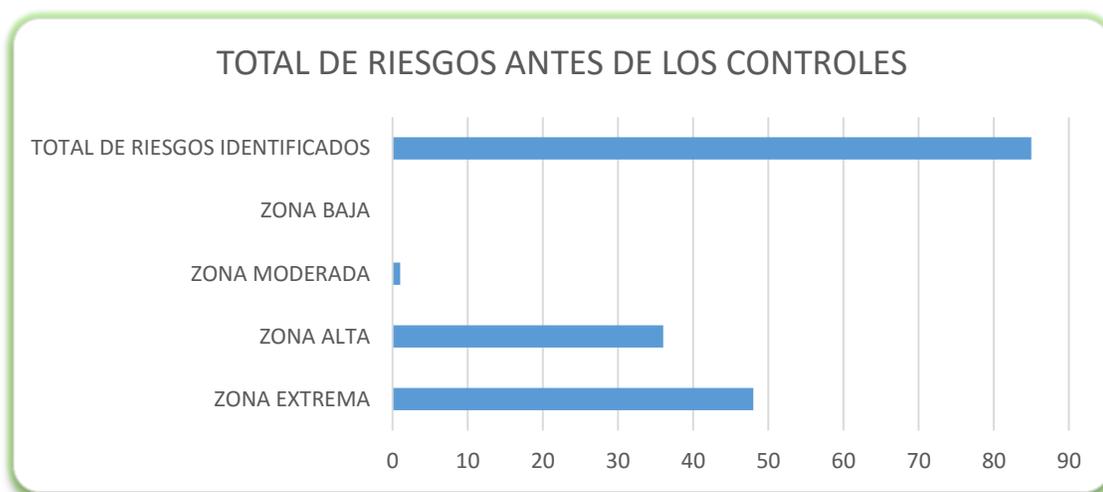
TABLA 3. RIESGOS ANALIZADOS

TOTAL DE RIESGOS ENCONTRADOS	
ZONA EXTREMA	48
ZONA ALTA	36
ZONA MODERADA	1
ZONA BAJA	0
TOTAL DE RIESGOS IDENTIFICADOS	<u>85</u>

Fuente: Elaboración propia

Se identificó un total de 85 riesgos, con cuatro zonas: extrema, alta, moderada y baja, donde los riesgos más relevantes son un total de 48 y los encontramos en la zona extrema, como se muestra en la figura.

GRAFICA 1. RIESGOS ANTES DE LOS CONTROLES



Fuente: Elaboración propia

9.2 RIESGOS A MITIGAR

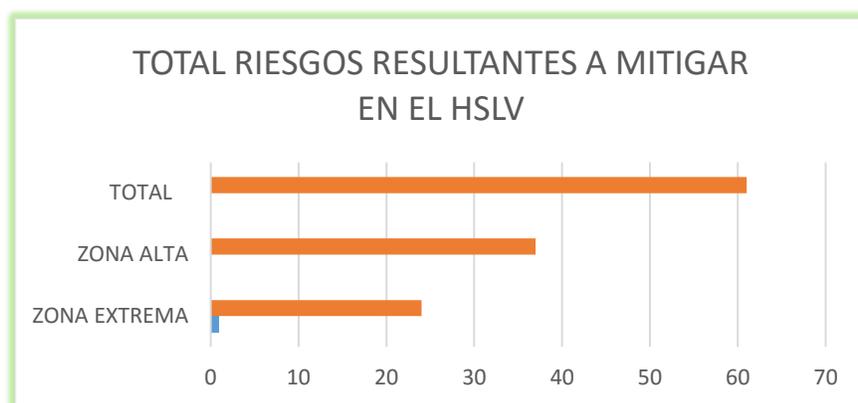
Revisando cuales son los riesgos a controlar, vamos posteriormente a revisar cuales tienen mayor incidencia y riesgo y cuales son de baja incidencia, de los 85, nos resultó un final total de 61 riesgos de los cuales se identificaron 24 en zona extrema y 37 en zona alta:

TOTAL RIESGOS A MITIGAR	
ZONA EXTREMA	24
ZONA ALTA	37
TOTAL	<u>61</u>

Fuente: Elaboración propia

A continuación, la gráfica de barras indicando el resultante de los riesgos de Alta incidencia y los de extrema incidencia. El resultante de la gráfica nos indica que los procesos de mayor incidencia en riesgos están identificados en la zona alta.

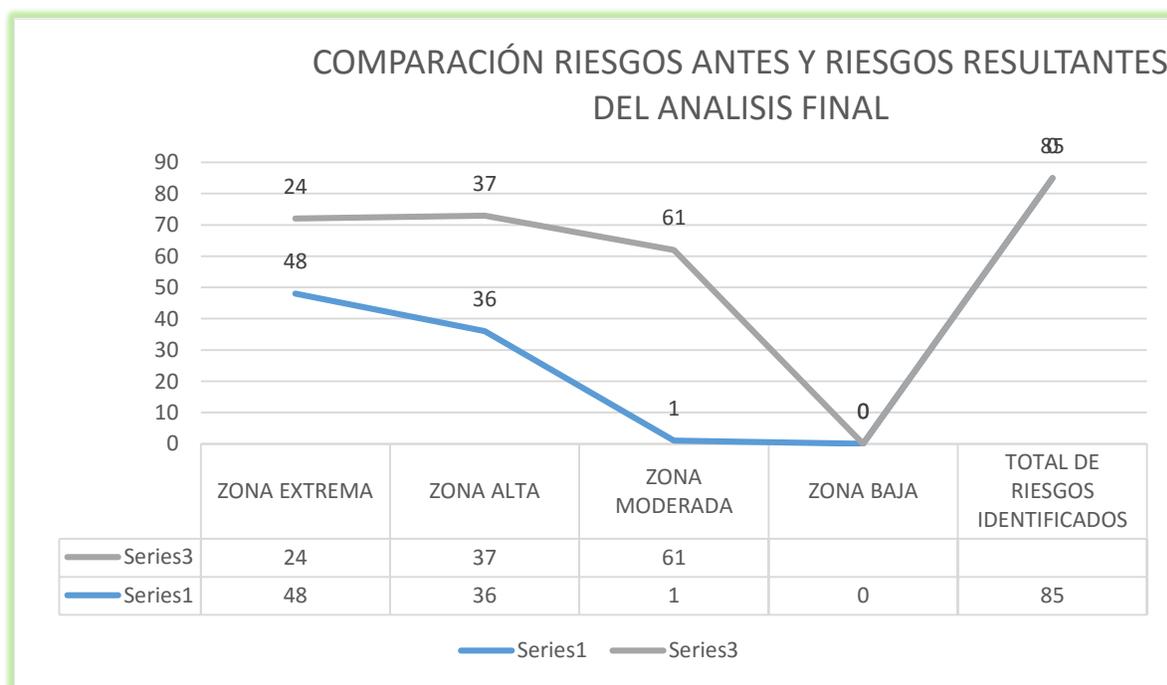
GRAFICA 2. RIESGOS A MITIGAR



Fuente: Elaboración propia

A continuación, vamos a realizar una comparación grafica entre las acciones que se tenían antes de llevar a cabo el proceso y las resultantes del trabajo de análisis con todos los mapas de riesgo identificadas

GRAFICA 3. COMPARATIVA ANTES Y DESPUES DE CALIFICAR LOS RIESGOS



Fuente: Elaboración propia

Serán analizados un total de 61 riesgos en todos los subprocesos, como vemos en la gráfica anterior los riesgos antes del proceso eran mayores a los encontrados después del análisis, logrando minimizar las acciones.

GRAFICA 4. RIESGOS FINALES



Fuente: Elaboración propia

9.3 ACCIONES DE MITIGACIÓN:

De acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación de riesgos, cada una de las zonas de gravedad del riesgo tiene implícitas las medidas de tratamiento que deben tomarse para cada riesgo como fue explicado previamente en el marco teórico según el modelo de la norma ISO 31000 (aceptar, eliminar, transferir, proteger, prevenir o retener). Así entonces, la matriz de evaluación de riesgos se complementa con acciones y tratamientos.

El Hospital Susana López de Valencia determina adoptar este Plan de Mitigación, al ser el resultado del trabajo conjunto con todos los líderes de los procesos, con la Jefe de Planeación y Calidad y con la Dirección del Hospital, se adoptará dentro del Plan de Acción de la Institución que se encuentra actualmente en desarrollo, también con cada uno de los líderes de procesos.

Finalmente podemos definir que construir una matriz de riesgos por procesos es tener una herramienta de control y de gestión normalmente utilizada para identificar las actividades procesos, los factores de riesgos y los respectivos riesgos por cada uno de los procesos; además definir las causas y efectos de dichos riesgos con su evaluación y valoración para tener la prioridad

de estos y del mismo modo definir las acciones y tratamientos, continuando con el monitoreo y seguimiento de la matriz de gestión de riesgos por procesos.

9.4 MAPAS DE MITIGACIÓN

A continuación, los Mapas de cada Plan de Mitigación por Subprocesos con las acciones de mitigación adecuadas a la norma MECI 2014 y las instrucciones dadas por el DAFP. Resultante a Mitigar son 21 subprocesos debido a las razones descritas anteriormente donde los subprocesos de Gestión de la Comunicación y de Gestión Estratégica y de Calidad quedan pendientes por determinar. Las acciones de mitigación a implementar, se lograron de común acuerdo con cada uno de los líderes de los subprocesos, mediante las cuales en algunos riesgos se mantienen los controles actuales y en su mayor parte se establecen nuevas medidas para fortalecer cada uno de los subprocesos y así evitar la materialización del riesgo. Las acciones de mitigación se registran en detalle en el documento de Excel: MAPAS CONSOLIDADO 2017.

SUBPROCESO 1: GESTION PAGADURIA Y CAJA

SUBPROCESO	RIESGO DESCRIPCION DEL RIESGO DESCRIPCION DEL	ZONA DE RIESGO DESPUES DE CONTROLES	MEDIDA DE RESPUESTA	BARRERA DE CONTROL DE RIESGO ACTUAL	DEFINICION DE LA ACCION DE MITIGACION	FECHA DE EJECUCION	RESPONSABLE
Gestión Pagaduría y Caja	Puede suceder que: Haya hurto en la administración de los recursos	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Medidas de seguridad apropiadas, tales como contrato vigente con la transportadora de efectivo, manejo de software especializado para transacciones bancarias, instalación de cámaras y alarmas, maneje	DEFINIR CLARAMENTE POLIZAS Y COBERTURA EN EL CONTRATO CON LA TRANSPORTADORA DE DINERO (EN PROCESO DE CONTRATACIÓN CON LA TRANSPORTADOR PROSEGUR) PARA REDUCIR EL IMPACTO / ARQUEO DIARIO DE CAJA, CONSIGNACIONES	DIARIO	PAGADOR, TESORERO
	Puede suceder que: Exista mora en pago de proveedores en general.	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Realizar un plan de pago para los proveedores prioritarios	CONTINUAR CON EL CONTROL INICIAL, PARA GARANTIZAR QUE NO SE MATERIALICE EL RESGO	MENSUAL	PAGADOR, TESORERO
	Puede suceder que: Se reciba moneda falsa en los puntos de recaudo	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Manejo de marcador y lampara de luz ultravioleta para identificación de billetes por parte del personal en los puntos de recaudo.	EL CONTROL NO SE HA LLEVADO A CABO HASTA EL MOMENTO. DEBE DESTINARSE UN RUBRO EN EL PLAN DE COMPRAS Y NECESIDADES DE LA INSTITUCION	DIARIO	PAGADOR, TESORERO

Fuente: Elaboración propia

SUBPROCESO 2. GESTIÓN DE CARTERA

SUBPROCESO	RIESGO DESCRIPCION DEL RIESGO DESCRIPCION DEL	ZONA DE RIESGO DESPUES DE CONTROLES	MEDIDA DE RESPUESTA	BARRERA DE CONTROL DE RIESGO ACTUAL	DEFINICION DE LA ACCION DE MITIGACION	FECHA DE EJECUCION	RESPONSABLE
Gestión de Cartera	Puede suceder que: Exista baja rotación y prescripción de cartera.	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Cobros juridicos a deudores morosos, con cartera vencida mayor a 180 días, teniendo en cuenta el plazo contractual pactado y que sea deuda reconocida no glosada ni objetada, previa autorización de la Gerencia. Teniendo en cuenta el cronograma de Gestión de Auditoría, que resuelva de manera periodica las objeciones notificadas por las entidades responsables de pago.	GENERAR MECANISMOS EFECTIVOS DE RECAUDO DE CARTERA, SEGUIMIENTO DE TIEMPOS DE PAGO DE LAS EPS, CONCILIACION DE LAS CUENTAS POR COBRAR IDENTIFICANDO LAS FACTURAS POR PRESCRIBIR A FIN DE REDUCIR COBROS PREJURIDICOS Y JURIDICOS, REDUCIENDO EL IMPACTO	MENSUAL	Profesional Universitario (Cartera)
	Puede suceder que: No se presenten informes de manera oportuna.	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Cobros prejudicados a deudores morosos, con cartera vencida mayor a 90 días, teniendo en cuenta el plazo contractual pactado Establecer tiempos de presentación de informes y realizar seguimiento al cumplimiento. Cronograma de plazos y cumplimiento de los informes solicitados, además de la actualización de nuevos requerimientos que puedan ser solicitados por las entidades de vigilancia y control.	VERIFICACION DE LOS REGISTROS CONTABLES REALIZADOS POR LOS SUBPROCESOS QUE ALIMENTAN LA INFORMACION CONTABLE DE LA ENTIDAD Y REPORTE DE INCONSISTENCIAS, CONCILIACION DE SALDOS CON LOS SUBPROCESOS RESPONSABLES. (CARTERA, TESORERIA, COSTOS, ALMACEN, FARMACIA, MANTENIMIENTO, TALENTO HUMANO.) ANALISIS DE LA INFORMACIÓN CONSOLIDADA PARA VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ELABORACIÓN DE NOTAS A LOS ESTADOS FINANCIEROS.	Cumplido	Profesional Universitario (Cartera)
	Puede suceder que: Sea manipulada la información institucional con fines de beneficio particular	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Análisis de históricos de glosas aceptadas y de la tipología de las glosas a conciliar y autorización exclusiva por parte de la Gerencia. Conciliación periodica de los valores aceptados de glosa en el módulo de Auditoría del software y los valores descargados por glosa en el módulo de cartera.	ESTABLECER MANUALES O PROCEDIMIENTOS PARA HACER EFECTIVOS ESTOS CONTROLES, ASI COMO SU SEGUIMIENTO PERIODICO ADECUADO		

Fuente: Elaboración propia

SUBPROCESO 3. GESTIÓN DE CONTABILIDAD

SUBPROCESO	RIESGO DESCRIPCIÓN DEL RIESGO DESCRIPCIÓN DEL	ZONA DE RIESGO DESPUES DE CONTROLES	MEDIDA DE RESPUESTA	BARRERA DE CONTROL DE RIESGO ACTUAL	DEFINICION DE LA ACCION DE MITIGACION	FECHA DE EJECUCION	RESPONSABLE
Gestión de Contabilidad	Puede suceder que: Se presenten informes inconsistentes, con registros errados y de forma inoportuna	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Definir las fuentes de información para la generación de los informes Establecer tiempos de presentación de informes y realizar seguimiento al cumplimiento Realizar conciliaciones contables entre los diferentes procesos relacionados Realizar revisión permanente de las páginas de las entidades que generan normatividad y circulares contables Capacitación del personal	REALIZAR CONCILIACION DE LA INFORMACION CONTABLE CON LOS DIFERENTES SUBPROCESOS QUE REGISTRAN LA MISMA EN LOS MODULOS DE FACTURACION, CARTERA, INVENTARIOS, ACTIVOS FIJOS Y GESTION HUMANA / REVISAR LAS INCONSISTENCIAS PRESENTADAS EN LA CONCILIACION DE INFORMACION / REALIZAR VERIFICACION DE ADHERENCIA DE LA INFORMACION QUE SE REGISTRA CONTABLEMENTE / REALIZAR CRONOGRAMA DE ENTREGA DE INFORMACION CONCILIADA AL AREA CONTABLE ELABORADA POR LOS SUBPROCESOS MENCIONADOS / ASESORIA CONSTANTE A CADA UNO DE LOS SUBPROCESOS, SOPORTE Y APOYO / REALIZAR SEGUIMIENTO DE CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DE ENTREGA DE INFORMES A CONTABILIDAD	TRIMESTRAL	Profesional Universitario (Contabilidad)
	Puede suceder que: Exista pérdida de la información contable y financiera	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Actualización de tablas de retención documental Realización de copias de seguridad El software de Dinámica Gerencial Hospitalaria cuenta con una estructura que asegura el registro y cuenta con las políticas de seguridad de la institución	REALIZAR COPIAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION PERIODICAMENTE, CONTROLAR EL ACCESO AL MODULO DE CONTABILIDAD, MANEJO ADECUADO DEL ARCHIVO	TRIMESTRAL	Profesional Universitario (Contabilidad)
	Puede suceder que: Sea manipulada la información contable institucional	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Se cuenta con niveles de permiso para el registro y consulta de información Generación de informe de visitas a la página web Socializar el código de ética de buen gobierno	ESTABLECER MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL ACCESO DE LA INFORMACION CONTABLE, SOCIALIZACION A TODO EL PERSONAL SOBRE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN Y SUS POSIBLES CONSECUENCIAS DE LLEGAR A SUCCEDER, REDUCIENDO EL IMPACTO DE ESTE RIESGO	Cumplida	Profesional Universitario (Contabilidad)

Fuente: Elaboración propia

SUBPROCESO 4. GESTIÓN DE COSTOS

SUBPROCESO	RIESGO DESCRIPCIÓN DEL RIESGO DESCRIPCIÓN DEL	ZONA DE RIESGO DESPUES DE CONTROLES	MEDIDA DE RESPUESTA	BARRERA DE CONTROL DE RIESGO ACTUAL	DEFINICION DE LA ACCION DE MITIGACION	FECHA DE EJECUCION	RESPONSABLE
Gestión de Costos	Puede suceder que: Los informes de costos no sean coherentes con la realidad.	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Realizar y entregar a Sistemas de Información mensualmente copias de seguridad con la información a conservar. Verificar que toda la información requerida sea confiable.	VERIFICACION DE LOS REGISTROS CONTABLES REALIZADOS POR LOS SUBPROCESOS QUE ALIMENTAN LA INFORMACION DEL SUBPROCESO Y REPORTE DE INCONSISTENCIAS / CONCILIACION DE INFORMACION CON LOS SUBPROCESOS RESPONSABLES / ANALISIS DE LA INFORMACION CONSOLIDADA PARA VERIFICACION DE LA MISMA	Mensual	Profesional Universitario (Contabilidad)

Fuente: Elaboración propia

SUBPROCESO 5. GESTIÓN DE PRESUPUESTO

<u>SUBPROCESO</u>	<u>RIESGO DESCRIPCION DEL RIESGO</u> <u>DESCRIPCION DEL</u>	<u>ZONA DE RIESGO</u> <u>DESPUES DE</u> <u>CONTROLES</u>	<u>MEDIDA DE</u> <u>RESPUESTA</u>	<u>BARRERA DE CONTROL DE RIESGO ACTUAL</u>	<u>DEFINICION DE LA ACCION DE MITIGACION</u>	<u>FECHA DE</u> <u>EJECUCION</u>	<u>RESPONSABLE</u>
Gestión de Presupuesto	Puede suceder que: Se elabore presupuesto no ajustado a la realidad del hospital.	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Definir claramente las fuentes de información para la generación de los informes y la revisión oportuna de los indicadores presupuestales Realizar conciliaciones contables entre los diferentes procesos relacionados. Realización de copias de seguridad	TENIENDO EN CUENTA LA ENTREGA OPORTUNA DE LOS PROCESOS RESPONSABLES DE LOS SOPORTES, REALIZAR EL REGISTRO DE DISPONIBILIDADES, REGISTROS PRESUPUESTALES, REGISTRO DIARIO DE PAGOS Y REGISTRO DE INGRESOS.	junio 30 de 2017	Profesional Universitario (Presupuesto)
	Puede suceder que: Registrar actos administrativos sin Certificado de Disponibilidad Presupuestal.	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Determinar claramente toda la documentación necesaria para tal fin y la no aceptación ni firma sin soportes completos. Socializar el código de ética de buen gobierno Realización de copias de seguridad	VERIFICAR EN LA ORDEN DE COMPRAS, RESOLUCIONES O CONTRATOS, LA EXPEDICION DEL CDP. CON REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL COORDINADOR DEL SUBPROCESO.	DIARIO	Profesional Universitario (Presupuesto)
	Puede suceder que: Inoportunidad en la presentación de informes financieros a los entes de control en los términos establecidos.	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Establecer tiempos de presentación de informes y realizar seguimiento al cumplimiento	REALIZAR SEGUIMIENTO ESTRICTO AL CRONOGRAMA DE PRESENTACIÓN DE INFORMES, EVITANDO LA CONSOLIDACION DEL RIESGO, REDUCIENDO SU IMPACTO.	Mensual	Profesional Universitario (Presupuesto)

SUBPROCESO 6. GESTIÓN DE AUDITORIA

Fuente: Elaboración propia

<u>SUBPROCESO</u>	<u>RIESGO DESCRIPCION DEL RIESGO</u> <u>DESCRIPCION DEL</u>	<u>ZONA DE RIESGO</u> <u>DESPUES DE</u> <u>CONTROLES</u>	<u>MEDIDA DE</u> <u>RESPUESTA</u>	<u>BARRERA DE CONTROL DE RIESGO ACTUAL</u>	<u>DEFINICION DE LA ACCION DE MITIGACION</u>	<u>FECHA DE</u> <u>EJECUCION</u>	<u>RESPONSABLE</u>
Gestión de Auditoria	Obstaculización de las actividades de auditoria por falta de parametrización de contratos con las EPS.	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Realizar la parametrización oportuna de los contratos: Una vez firmados y una vez definidas las negociaciones.	DEFINIR CLARAMENTE EL PROCEDIMIENTO PARA ESTE CONTROL, REALIZANDO EL SEGUIMIENTO QUE MAS SE ADECUÉ, EVITANDO LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.		
	Que se digite erróneamente valores en los documentos del área.	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Verificación plena de valores de factura y valores totales digitados de glosa al realizar respuesta a la misma.	TRAMITE EN DINAMICA GERENCIAL, EN SEGUIMIENTO DE CUENTAS, TRAMITE DE OBJECIONES EN TERCEROS POR NIT. EXPORTAR DATOS. TLM Y REALIZAR CONTROL INMEDIATO DESPUES DE TERMINAR EL TRAMITE DE LA BLOSA.	Mensual	
	No dar respuesta oportuna a las glosas	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Consecución de dos auxiliares de auditoria adicionales para la redistribución de la glosa administrativa y liberar de tiempo al auditor para la auditoria de cuentas.	SUSTENTAR LA NECESIDAD DE LOS DOS AUXILIARES A SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA / ESTABLECER UN CRONOGRAMA QUE RESUELVA DE MANERA PERIODICA LAS OBJECIONES NOTIFICADAS POR LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO. ASIGNACION DE LOS AUXILIARES DE AUDITORIA NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL SUBPROCESO.	may-17 may-17	Coordinador Auditoria Subdireccion Administrativa.

SUBPROCESO 7. GESTIÓN DE FACTURACION

Fuente: Elaboración propia

SUBPROCESO	RIESGO DESCRIPCION DEL RIESGO DESCRIPCION DEL	ZONA DE RIESGO DESPUES DE CONTROLES	MEDIDA DE RESPUESTA	BARRERA DE CONTROL DE RIESGO ACTUAL	DEFINICION DE LA ACCION DE MITIGACION	FECHA DE EJECUCION	RESPONSABLE
Gestión de Facturación	Puede suceder que: No se facture oportuna y correctamente el servicio prestado al paciente	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Comunicación y capacitación continua entre procesos y seguimiento al Plan de Mejoramiento Verificación oportuna de los derechos del paciente en su EPS y seguimiento en caso de inconsistencia Seguimiento a ingresos pendientes por cerrar de cada facturador Revisión del 90% de la facturación por parte de Auditoría	REUNIONES MENSUALES PARA VERIFICACION DE ADHERENCIA AL PROCESO / RADICACIÓN A AUDITORIA PARA SU REVISIÓN DEL 100% DE FACTURAS GENERADAS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS / CONTINUAR CON LOS CONTROLES ESTABLECIDOS REALIZANDO UN SEGUIMIENTO ESTRICTO Y PERIODICO	MENSUAL	Profesional Universitario (Facturación)
	Puede suceder que: No se pueda radicar la factura oportunamente	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Revisión de minutas para la contratación con las EPS, según normatividad vigente, definiendo claramente en el proceso contractual los requerimientos Revisión de procedimientos para entrega de soportes al Subproceso Establecer claramente los tiempos para radicación de facturas con el Comité de Contratación Auditoría al 90% de la facturación	SOLICITAR INFORME MENSUAL AL AREA DE CONSOLIDACIÓN DE CUENTAS, PARA IDENTIFICAR ASI LOS PENDIENTES DE ENTREGAR REALIZANDO EL REPORTE A CADA FACTURADOR / VERIFICACION DE ADHERENCIA AL PROCESO POR PARTE DE LOS COLABORADORES DEL AREA DE CONSOLIDACION	MENSUAL	Profesional Universitario (Facturación)
	Puede suceder que: Alto volumen de glosas por parte de las EPS	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Entrega oportuna de contratos al Subproceso y parametrización de tarifas Realización de fichas de contratos y difusión de las mismas Capacitación y evaluación al equipo, reuniones periódicas Auditoría al 90% de la facturación	CAPACITACION AL PERSONAL EN LA CORRECTA REALIZACION DEL INGRESO DEL PACIENTE Y LA IMPORTANCIA DE UNA OPORTUNA VERIFICACION DE DERECHOS EN SU EPS / REUNIONES MENSUALES	MENSUAL	Profesional Universitario (Facturación)
	Puede suceder que: Inoportunidad en la entrega de informes correspondientes al area.	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Cronograma de presentación de informes Estandarización para la entrega de informes	ESTRICTO SEGUIMIENTO AL CRONOGRAMA DE PRESENTACION DE INFORMES, EVITANDO ASI LA MATERIALIZACION DEL RIESGO Y EL IMPACTO QUE GENERA	SEGÚN REQUERIMIENTO	Profesional Universitario (Facturación)

Fuente: Elaboración propia

SUBPROCESO 8. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

<i>SUBPROCESO</i>	<i>RIESGO DESCRIPCION DEL RIESGO DESCRIPCION DEL</i>	<i>ZONA DE RIESGO DESPUES DE CONTROLES</i>	<i>MEDIDA DE RESPUESTA</i>	<i>BARRERA DE CONTROL DE RIESGO ACTUAL</i>	<i>DEFINICION DE LA ACCION DE MITIGACION</i>	<i>FECHA DE EJECUCION</i>	<i>RESPONSABLE</i>
Contratación	Pliegos de condiciones incompletos o ambiguos	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Para la elaboración y entrega de los pliegos se realizará un filtro de evaluación, el cual será realizado por el responsable del proceso que corresponda (con su equipo de trabajo) se dejará evidencia de esta acción. Ejemplo, Actas, Formatos, Registros	ESTABLECER MANUALES O PROCEDIMIENTOS PARA HACER EFECTIVOS ESTOS CONTROLES, ASI COMO SU SEGUIMIENTO PERIODICO ADECUADO	Permanente	Jefe Oficina Asesora Juridica
	Inexistencia de controles para la elaboración de contratos	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Cuando se reciban los estudios previos o de necesidad del producto y/o servicio, los soportes y demás elementos necesarios para la etapa precontractual y elaboración del contrato, obligatoriamente se diligenciará la lista de chequeo.	COMITÉ DIRECTIVO DONDE SE ESTUDIE, SE REVISE Y SE APRUEBE LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS Y ASIGNA RESPONSABLES PARA LAS DIFERENTES MODALDADES DE CONTRATACIÓN, REDUCIENDO ASI EL IMPACTO DE ESTE RIESGO.	Permanente	Jefe Oficina Asesora Juridica

Fuente: Elaboración propia

SUBPROCESO 9. GESTIÓN DE ASESORIA JURIDICA

<i>SUBPROCESO</i>	<i>RIESGO DESCRIPCION DEL RIESGO DESCRIPCION DEL</i>	<i>ZONA DE RIESGO DESPUES DE CONTROLES</i>	<i>MEDIDA DE RESPUESTA</i>	<i>BARRERA DE CONTROL DE RIESGO ACTUAL</i>	<i>DEFINICION DE LA ACCION DE MITIGACION</i>	<i>FECHA DE EJECUCION</i>	<i>RESPONSABLE</i>
Asesoría Jurídica	Fallos judiciales en contra de la Entidad	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	<p>Establecer acciones complejas e integrales (Se deben incluir todos los recursos necesarios) que brinden el aseguramiento de la prestación del servicio, estas acciones se deben establecer con cada Jefe de Proceso y sus respectivos equipos de trabajo.</p> <p>Realizar un estricto cumplimiento en los procedimientos o protocolos al momento de la prestación del servicio.</p> <p>Aseguramiento de profesionales que atiendan la defensa judicial de la Entidad</p>	CONTINUAR CON LOS CONTROLES INICIALES, ESTABLECIENDO CLARAMENTE TODOS LOS RECURSOS O HERRAMIENTAS NECESARIAS Y SU OPORTUNO SEGUIMIENTO PARA EVITAR LA MATERIALIZACION DEL RIESGO.	Acciones permanentes	Jefe Oficina Asesora Juridica

Fuente: Elaboración propia

SUBPROCESO 10. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN CLÍNICA Y ESTADÍSTICA

SUBPROCESO	RIESGO DESCRIPCIÓN DEL RIESGO DESCRIPCIÓN DEL	ZONA DE RIESGO DESPUES DE CONTROLES	MEDIDA DE RESPUESTA	BARRERA DE CONTROL DE RIESGO ACTUAL	DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN DE MITIGACIÓN	FECHA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE
Gestión de la Información Clínica y Estadística	Puede suceder que: Deterioro o pérdida de historias clínicas en físico o digital	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Establecer planes de contingencia ante inundación, incendio, terremoto Se cuenta con sistema de extintores, sistema de drenaje de aguas, control de plagas	SE RECOMIENDA CONTINUAR CON LOS CONTROLES ACTUALES, HACIENDO ENFASIS EN LOS PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DE EXTINTORES (ANUALMENTE), SISTEMA DE DRENAJE DE AGUAS (CADA VEZ QUE HAY LLUVIAS) Y CONTROL DE PLAGAS (MENSUAL), PARA QUE SEAN EFECTIVOS AL 100%, EVITANDO ASI LA MATERIALIZACION DEL RIESGO	Anual, Según lluvias y Mensual	Técnico (Estadística)
	Puede suceder que: Pérdida de la confidencialidad de historia clínica	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Establecer roles y permisos de usuario para acceso al Sistema de Información Capacitación al personal en responsabilidad sobre el manejo de registros e historia clínica	SE RECOMIENDA CONTINUAR CON LOS CONTROLES ACTUALES, REALIZANDO REUNIONES PERIODICAS, RESALTANDO LA IMPORTANCIA DE LA CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA Y SUS REPERCUSIONES LEGALES EN CASO DE QUE ESTA SEA MANEJADA DE MANERA NO ADECUADA.	Mensual	Técnico (Estadística)
	Puede suceder que: Archivo equivocado de registros asistenciales e historia clínica	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Capacitación al personal responsable de archivo y seguimiento a las acciones	Capacitación al personal responsable de archivo y seguimiento a las acciones	REUNIONES MENSUALES PARA VERIFICACION DE ADHERENCIA AL PROCESO	trimestral

Fuente: Elaboración propia

SUBPROCESO 11. GESTIÓN INGENIERIA HOSPITALARIA

SUBPROCESO	RIESGO DESCRIPCIÓN DEL RIESGO DESCRIPCIÓN DEL	ZONA DE RIESGO DESPUES DE CONTROLES	MEDIDA DE RESPUESTA	BARRERA DE CONTROL DE RIESGO ACTUAL	DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN DE MITIGACIÓN	FECHA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE
Ingeniería Hospitalaria	Puede suceder que: Fallas de los equipos y de la infraestructura hospitalaria que impidan o afecten la seguridad de la prestación de servicios de salud	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Diseño y ejecución del PMH de cada vigencia, sujeto a un presupuesto específico.	CAPACITACIONES EN GUIAS RAPIDAS DE USUARIO DE TECNOLOGIA BIOMEDICA.	Mensual	Profesional Universitario (Mantenimiento)
				Adquisición de insumos, elementos y herramientas para ejecutar el plan de mantenimiento hospitalario oportunamente.	INSPECCION DIARIA A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES CLASIFICADS DE ALTO RIESGO.	Diario	
				Gestión oportuna de la contratación de servicios externos que complementen el PMH	MANTENIMIENTO PREDICTIVO.	trimestral	
	Puede suceder que: Obsolescencia Tecnológica	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Aplicación del procedimiento de reposición de tecnología biomédica y de apoyo.	INSPECCION DIARIA A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES CLASIFICADS DE ALTO RIESGO.	Diario	Profesional Universitario (Mantenimiento)
Planear adecuadamente el presupuesto para la adquisición y renovación de tecnología				APLICACIÓN DE LA GUIA DE OBSOLESCENCIA DEL MS Y PS	Anual		
Puede suceder que: Desactualización del inventario físico funcional	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Concertación de inventarios anualmente en cada servicio.	Planear adecuadamente el presupuesto para la adquisición y renovación de tecnología	APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN POR PARTE DEL PERSONAL OPERATIVO DE LA TECNOLOGIA BIOMEDICA.	Mensual	Profesional Universitario (Mantenimiento)
				CONCERTACIÓN DE INVENTARIOS ANUALMENTE EN CADA SERVICIO.	COMPARACION DE INVENTARIO FISICO FUNCIONAL CON INVENTARIO GENERAL.	Anual	

SUBPROCESO 12. GESTIÓN DOCUMENTAL

Fuente: Elaboración propia

SUBPROCESO	RIESGO DESCRIPCIÓN DEL RIESGO DESCRIPCIÓN DEL	ZONA DE RIESGO DESPUES DE CONTROLES	MEDIDA DE RESPUESTA	BARRERA DE CONTROL DE RIESGO ACTUAL	DEFINICION DE LA ACCION DE MITIGACION	FECHA DE EJECUCION	RESPONSABLE
Gestión Documental	Deterioro o pérdida de documentos	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Establecer planes de contingencia ante inundación, incendio, terremoto Capacitación a los colaboradores en programa de Gestión Documental Establecer procedimiento de custodia documental	ESTABLECER MANUALES O PROCEDIMIENTOS DE CONTINGENCIA ANTE INUNDACIÓN, INCENDIO, TERREMOTO, HACIENDO EFECTIVOS ESTOS CONTROLES, ASI COMO SU SOCIALIZACION AL PERSONAL Y SEGUIMIENTO PERIODICO ADECUADO	MENSUAL	BRIGADA DE EMERGENCIA DE LA INSTITUCION
	Desactualización de tablas de retención documental	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Actualizar el procedimiento de actualización de tablas de retención documental Capacitar a los líderes de proceso y auxiliares administrativos en la elaboración de tablas de retención Elaborar las tablas de retención documental y enviar para aprobación Implementar las tablas de retención documental	ESTABLECER MANUALES O PROCEDIMIENTOS PARA LA CAPACITACION AL PERSONAL ASIGNADO AL AREA; REUNIONES MENSUALES CON EL EQUIPO DE TRABAJO, EVALUANDO LA ADECUADA ADHERENCIA AL SUBPROCESO	Anual/MENSUAL	TECNICO GESTION DOCUMENTAL
	Retraso en el ciclo vital del documento	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Realizar seguimiento a la oportunidad en la entrega de documentos de carácter urgentes Definir los documentos internos que se pueden enviar por correo electrónico e Implementar este	MANTENER ESTRICTO ORDEN EN EL PROCESO DEL MANEJO DE LA CORRESPONDENCIA / CAPACITACION DE INDUCCION Y REINDUCCION EN LOS PROCESOS PROPIOS DEL AREA.	DIARIO/MENSUAL	TECNICO GESTION DOCUMENTAL
	Numeración de actos administrativos sin existencia o duplicados	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Asignación de numeración con documento firmado	CAPACITACION EN EL SISTEMA DE GESTION DOCUMENTAL	Mensual	Subdirección Administrativa

Fuente: Elaboración propia

SUBPROCESO 13. GESTIÓN DE SERVICIOS GENERALES

SUBPROCESO	RIESGO DESCRIPCIÓN DEL RIESGO DESCRIPCIÓN DEL	ZONA DE RIESGO DESPUES DE CONTROLES	MEDIDA DE RESPUESTA	BARRERA DE CONTROL DE RIESGO ACTUAL	DEFINICION DE LA ACCION DE MITIGACION	FECHA DE EJECUCION	RESPONSABLE
Gestión de servicios generales (lavandería, Aseo y Cocina)	Puede suceder que: no contar con la ropa hospitalaria necesaria y descontaminada para una prestación de servicios de salud	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Gestión de necesidades (identificación y adquisición de elementos) de ropa hospitalaria.	REVISION PERIODICA DE LAS NECESIDADES DE ROPA HOSPITALARIA EN CADA SERVICIO, LLEVADA A CABO POR CADA COORDINADOR O LIDER DE PROCESO (FORMATO DE NECESIDADES DE ROPA HOSPITALARIA)	Semestral	Coordinador de cada servicio asistencial
	Puede suceder que: Los alimentos estén contaminados, no suministrar la dieta prescrita	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Hacer seguimiento a la implementación del manual de buenas prácticas de manufactura alimentaria / Hacer seguimiento al manual de Nutrición	PRESCRIPCION SISTEMATIZADA DE LAS DIETAS DESDE CADA UNO DE LOS SERVICIOS Y LA ESTANDARIZACION DEL PROCESO DE ELABORACION Y SUMINISTRO DE DIETAS A LOS PACIENTES	Diario	lider del servicio de elaboracion de dietas

Fuente: Elaboración propia

SUBPROCESO 14. GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS

<i>SUBPROCESO</i>	<i>RIESGO DESCRIPCION DEL RIESGO DESCRIPCION DEL</i>	<i>ZONA DE RIESGO DESPUES DE CONTROLES</i>	<i>MEDIDA DE RESPUESTA</i>	<i>BARRERA DE CONTROL DE RIESGO ACTUAL</i>	<i>DEFINICION DE LA ACCION DE MITIGACION</i>	<i>FECHA DE EJECUCION</i>	<i>RESPONSABLE</i>
Gestión de Suministros y Activos Fijos	Puede suceder que: No se identifiquen las necesidades reales de las áreas asistenciales y administrativas para el plan de adquisición de bienes	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Verificación del plan de compras entregado por los distintos procesos y comparación con el consumo histórico Socialización del procedimiento a todas las áreas del hospital	MANTENER ESTRICTO CUMPLIMIENTO A LOS CONTROLES YA IDENTIFICADOS, ASI COMO UN CONTROL ADECUADO DE AHERENCIA AL PROCEDIMIENTO POR PARTE DEL PERSONAL	Anual	profesional universitario suministros
	Puede suceder que: Se ingresen DM, medicamentos, insumos y equipos entre otros elementos que no tengan soporte presupuestal ni contratos	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Rechazo del supervisor del contrato de elementos que no cumplan con los requerimientos de la institución	EL SUPERVISOR DEL CONTRATO DEBE VERIFICAR CON LA RESPECTIVA FACTURA EL RECIBO DE LOS ELEMENTOS EN BODEGA SI CUMPLEN CON LAS CARACTERISTICAS TECNICAS Y DE CALIDAD, LOS PRECIOS UNITARIOS CONTRATADOS Y DEMAS REQUISITOS LEGALES	Cada que se presente una factura,	Supervisor del contrato
	Puede Suceder que: exista incumplimiento por parte de los proveedores.	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	se solicita ante la oficina juridica el procedimiento de calificacion de proveedores	LEVANTAMIENTO E IMPLEMENTACION DEL PROCEDIMIENTO PARA LA CALIFICACION DE LOS PROVEEDORES DEL HOSPITAL	Anual	profesional universitario suministros
	Puede Suceder que: Exista daño, pérdida o hurto de elementos en la bodega de suministros.	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Reporte a la aseguradora e investigación disciplinaria	ADECUADA CONTROL DE REGISTROS DE INVENTARIOS (REALIZACION DE INVENTARIO FISICO) / INSTALACIÓN DE CÁMARAS DE SEGURIDAD DENTRO DE LA BODEGA	trimestral	profesional universitario suministros

Fuente: Elaboración propia

SUBPROCESO 15. GESTIÓN DE ESTERILIZACIÓN

<u>SUBPROCESO</u>	<u>RIESGO DESCRIPCIÓN DEL RIESGO DESCRIPCIÓN DEL</u>	<u>ZONA DE RIESGO DESPUES DE CONTROLES</u>	<u>MEDIDA DE RESPUESTA</u>	<u>BARRERA DE CONTROL DE RIESGO ACTUAL</u>	<u>DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN DE MITIGACION</u>	<u>FECHA DE EJECUCIÓN</u>	<u>RESPONSABLE</u>
Gestión de Esterilización	Puede suceder que: No se garantice la limpieza y desinfección según se requiere para la esterilización.	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Capacitación de procedimientos al equipo y su respectiva evaluación del Subproceso Se verifica los requerimientos del subproceso, manteniendo un stock de insumos que garantice la normal distribución de los mismos	MANTENER UN ESTRICTO CUMPLIMIENTO A LOS CONTROLES YA IDENTIFICADOS, VERIFICANDO LA ADHERENCIA AL SUBPROCESO POR PARTE DE LOS COLABORADORES Y MANTENENDO TOTAL SEGUIMIENTO AL PROCESO	Mensual	Coordinador Esterilizacion
	Puede suceder que: No se garantice la distribución y entrega de los dispositivos médicos	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Realizar verificación de necesidades de dotación de estantería que garantice el adecuado almacenamiento de insumos y material esterilizado	VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DEL MATERIAL FRENTE A LA ORDEN ENTREGADA	DIARIO	Coordinador Esterilizacion
				Se verifica los requerimientos del subproceso, manteniendo un stock de insumos que garantice la normal distribución de los mismos	REALIZACION DEL ESTUDIO PARA EL REGISTRO EN EL SISTEMA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS PARA CONSTRUIR UN HISTÓRICO PARA FUTUROS PROCEDIMIENTOS	AGOSTO DE 2017	
				Solicitud a Subdirección Científica y Administrativa la adquisición de recipientes para el correcto transporte de material esterilizado a los servicios	ACTUALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y SOCIALIZACIÓN A LOS COLABORADORES	MENSUAL	
Seguimiento a las tareas asignadas al personal de turno del Subproceso	ANÁLISIS DE LOS EVENTOS Y PLANES DE MEJORA PARA CADA CASO /QUE LAS SOLICITUDES DE INSUMOS Y DEMAS REALIZADAS A SUMINISTROS SEAN DILIGENCIADAS OPORTUNAMENTE.	MENSUAL					

Fuente: Elaboración propia

SUBPROCESO 16. GESTIÓN INFORMATICA

<u>SUBPROCESO</u>	<u>DESCRIPCION DEL RIESGO</u>	<u>ZONA DE RIESGO DESPUES DE CONTROLES</u>	<u>MEDIDA DE RESPUESTA</u>	<u>BARRERA DE CONTROL DE RIESGO ACTUAL</u>	<u>DEFINICION DE LA ACCION DE MITIGACION</u>	<u>FECHA DE EJECUCION</u>	<u>RESPONSABLE</u>
Gestión Informática	Puede suceder que: Mala estructuración del Sistema de Información	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Establecer protocolos y procedimientos de calidad de estructura	SEGUIMIENTO Estricto a los protocolos y procedimientos de calidad de estructura, evitando la materialización del riesgo	Permanente	Profesional Universitario (Sistemas)
	Puede suceder que: Información inconsistente	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Capacitación al personal para garantizar que se ingrese bien la información, que se cumpla con la lista de chequeo de la entrega de información, definir claramente los roles y permisos de acceso a Sistemas de Información.	SEGUIMIENTO A CAPACITACIONES REALIZADAS SEGÚN REQUERIMIENTO DE LOS PROCESOS.	según requerimiento	Profesional Universitario (Sistemas)
	Puede suceder que: Pérdida de información	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Realizar copias de seguridad internas y externas, copias diferenciales, establecer medidas de seguridad para acceso lógico y físico, instalación de Antivirus.	REALIZAR Y VERIFICAR BITÁCORA DE BACKUPS / MANTENER ACTUALIZADO EL HW Y SW DE SEGURIDAD Y COPIAS DE RESPALDO / A TRAVÉS DE LOS SOPORTES TÉCNICOS, EVALUAR Y EL USO Y MANEJO DEL RECURSO TECNOLÓGICO	Permanente	Profesional Universitario (Sistemas)
				Establecer roles y permisos de usuario para acceso al Sistema de Información.			
	Realizar cambio de cableado estructurado cuando sea necesario						
	Puede suceder que: Ataque cibernético al Sistema de Información	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Implementación de políticas de seguridad para acceso remoto, bloqueo de puertos mediante políticas de firewall, actualización de equipo perimetral firewall	INSTALACION DE ANTIVIRUS EN LOS EQUIPOS DE LA INSTITUCION	Permanente	Profesional Universitario (Sistemas)
	Puede suceder que: Actualizaciones degraden el funcionamiento del Sistema de Información	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Realización de pruebas técnicas del software en procesos administrativos y asistenciales	RECURRIR A LAS POLIZAS DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE MANTENIMIENTO DEL SOFTWARE.	ANUAL	Profesional Universitario (Sistemas)
	Puede suceder que: Colapso de red por tráfico	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Plan de mantenimiento de equipos, switches e impresoras. Plan de compras, Plan de obsolescencia de equipos de computo e impresoras	INSTALACION DE ANTIVIRUS EN LOS EQUIPOS DE LA INSTITUCION	Permanente	Profesional Universitario (Sistemas)
	Puede suceder que: caída del sistema	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Plan de mantenimiento de equipos, redundancia de equipos servidores, redundancia eléctrica para los equipos servidores, Plan de contingencia ante caída del sistema	CONTROL DE TEMPERATURA Y ALARMA VISUAL Y SONORA PARA EVITAR SOBRECALENTAMIENTO DE LOS EQUIPOS / PRUEBAS SISTEMÁTICAS DE RESTAURACION DE BASES DE DATOS	Permanente	Profesional Universitario (Sistemas)
Puede suceder que Manipulación de información consignada en las bases de datos	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Roles y permisos de usuario, políticas de seguridad de contraseñas, controles de acceso físico y lógico a equipos críticos del Sistema de Información	REALIZACION DE LISTA DE CHEQUEO DE PERMISOS A USUARIOS	Permanente	Profesional Universitario (Sistemas)	

Fuente: Elaboración propia

SUBPROCESO 17. GESTIÓN DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD

<u>SUBPROCESO</u>	<u>DESCRIPCION DEL RIESGO</u>	<u>ZONA DE RIESGO DESPUES DE CONTROLES</u>	<u>MEDIDA DE RESPUESTA</u>	<u>BARRERA DE CONTROL DE RIESGO ACTUAL</u>	<u>DEFINICION DE LA ACCION DE MITIGACION</u>	<u>FECHA DE EJECUCION</u>	<u>RESPONSABLE</u>
Vigilancia y seguridad	Pérdida de elementos, bienes del hospital	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Implementación del Manual de Seguridad	SUPERVISION DEL ESTRICTO CUMPLIMIENTO DEL CICLO PHVA DEL MANUAL DE SEGURIDAD	Trimestral	Auxiliar Administrativo de Servicios Generales

Fuente: Elaboración propia

SUBPROCESO 18. GESTIÓN ADMINISTRACION DEL TALENTO HUMANO

<u>SUBPROCESO</u>	<u>DESCRIPCION DEL RIESGO</u>	<u>ZONA DE RIESGO DESPUES DE CONTROLES</u>	<u>MEDIDA DE RESPUESTA</u>	<u>BARRERA DE CONTROL DE RIESGO ACTUAL</u>	<u>DEFINICION DE LA ACCION DE MITIGACION</u>	<u>FECHA DE EJECUCION</u>	<u>RESPONSABLE</u>
Administración del Talento Humano	Puede suceder que: Que el personal no realice las funciones o actividades para las cuales fué contratado	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Establecer perfil adecuado de competencias, revisión de los estudios de necesidad, compromisos pactados para el personal	VERIFICACION DE HOJAS DE VIDA AL 100% Y COMPETENCIAS DE TODO EL PERSONAL QUE INGRESA A LA INSTITUCIÓN EN TODAS LAS MODALIDADES DE CONTRATO		Profesional Universitario de Talento Humano
	Puede suceder que: Que al personal no se liquide su salario y prestaciones sociales conforme a la ley	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Solicitar la actualización del Aplicativo de nomina a Gestión de Sistemas de información Capacitación de actualización en normas laborales Definir claramente el personal responsable de reportes de afiliaciones.	DETERMINAR LAS ACCIONES NECESARIAS ENCAMINADAS A LOGRAR UN ADECUADO SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES YA IDENTIFICADOS PARA QUE SEAN VERDADERAMENTE EFECTIVOS, EVITANDO ASI LA MATERIALIZACION DEL RIESGO		Profesional Universitario de Talento Humano
	Puede suceder que: No exista adecuado clima laboral	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Incentivar la participación de la mayor parte del personal contratado en las actividades lúdicas que se programan según recursos presupuestados.	ACTO ADMINISTRATIVO APROBADO EN EL CUAL SE ENMARCAN LOS PROGRAMAS DE GESTION DEL RECURSO HUMANO / CRONOGRAMAS ANUALES DE CADA PROGRAMA CONTENIDOS EN EL PEGITH / CONTROL DE ASISTENCIA A LOS EVENTOS PROGRAMADOS		Profesional Universitario de Talento Humano
	Puede suceder que: El personal esté expuesto a accidentes y enfermedades laborales	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Que el jefe del area supervise y coordine la correcta utilización de los equipos de protección por parte del personal para la realización de sus actividades Fomentar que el personal participe en todas las actividades implementadas por salud ocupacional y solicitar a las ARL capacitación sobre la prevención de enfermedades comunes, laborales y accidentes laborales.	ESTABLECER LAS HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA HACER EFECTIVOS LOS CONTROLES YA IDENTIFICADOS, MANTENIENDO UN CONTROL ADECUADO, EVITANDO ASI LA MATERIALIZACION DEL RIESGO	Permanente	Profesional Universitario de Talento Humano

SUBPROCESO 19. GESTIÓN DE SEGURIDAD Y

Fuente: Elaboración propia

SALUD EN EL TRABAJO

<u>SUBPROCESO</u>	<u>DESCRIPCION DEL RIESGO</u>	<u>ZONA DE RIESGO DESPUES DE CONTROLES</u>	<u>MEDIDA DE RESPUESTA</u>	<u>BARRERA DE CONTROL DE RIESGO ACTUAL</u>	<u>DEFINICION DE LA ACCION DE MITIGACION</u>	<u>FECHA DE EJECUCION</u>	<u>RESPONSABLE</u>
Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	Puede suceder que: No se ejecuten las actividades del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo -SGGST-	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	<p>Capacitación - sesiones breves y sensibilización en SGSST - (reinducción)</p> <p>Determinación previa de la cantidad de insumos y elementos requeridos para el SGSST para incluirlos en el presupuesto.</p> <p>Se convoca a la Alta Dirección en conjunto con COPASST para dar a conocer las acciones realizadas y necesidades por parte del equipo de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo</p> <p>Contratación de personal que apoye la implementación del SGSST, solicitud de Psicóloga especialista en salud ocupacional para el Diagnóstico por medio de la Batería en Riesgo psicosocial y su implementación en medidas Preventivas, Así mismo para el programa Escucha.</p>	SE SUGIERE ESTABLECER UN CRONOGRAMA PARA REALIZAR LOS CONTROLES IDENTIFICADOS Y ASI PODER LLEVAR A CABO UN Estricto SEGUIMIENTO, CON EL OBJETIVO DE EVITAR LA MATERIALIZACION DEL RIESGO / ASI MISMO EL MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL QUE GARANTICE LAS VALORACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES DE INGRESO, PERIÓDICO, EGRESO Y POST-INCAPACIDADES LARGAS	ANUAL	Profesional subproceso SGGST
	Puede suceder que: No se brinden condiciones de confidencialidad y privacidad de la Historia clínica ocupacional de los colaboradores	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	<p>Se cuenta a partir de Septiembre de 2016 con un espacio físico para el archivo de las historias clínicas ocupacionales</p> <p>Socialización del código de ética y de buen gobierno</p>	ESTABLECER LOS RESPECTIVOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD, TALES COMO PERMISOS A USUARIOS Y COPIAS DE SEGURIDAD PERIODICAS	MENSUAL	Profesional subproceso SGGST

Fuente: Elaboración propia

SUBPROCESO 20. GESTIÓN DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

<u>SUBPROCESO</u>	<u>DESCRIPCION DEL RIESGO</u>	<u>ZONA DE RIESGO DESPUES DE CONTROLES</u>	<u>MEDIDA DE RESPUESTA</u>	<u>BARRERA DE CONTROL DE RIESGO ACTUAL</u>	<u>DEFINICION DE LA ACCION DE MITIGACION</u>	<u>FECHA DE EJECUCION</u>	<u>RESPONSABLE</u>
Referencia y Contrareferencia	Puede suceder que: Evento clínico durante el traslado asistencial del paciente	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Se reporta a interventor del contrato de ambulancia medicalizada / Se realiza lista de verificación de inventario y seguimiento al cumplimiento de mantenimiento preventivo a dispositivos / Se realiza seguimiento a cumplimiento de mantenimiento preventivo de vehículo de transporte asistencial	REUNIONES CON REPRESENTANTE DE SALUD MIA / REVISIÓN DE CASOS REMITIDOS COMO URGENCIA VITAL (PERTINENCIA MEDICA CON COORDINADORA MEDICA DE URGENCIAS ADULTOS) / SEGUIMIENTO A REPORTE DE FALLAS E INCIDENTES EN PLATAFORMA INSTITUCIONAL: PRESENTACIÓN EN COMITÉ DE SEGURIDAD (MIÉRCOLES 22 DE MARZO) / GESTIÓN PARA CUMPLIMIENTO EN HABILITACIÓN DEL VEHICULO DE TRASLADO ASISTENCIAL INSTITUCIONAL. SOLICITUD DE INSUMOS, DISPOSITIVOS MEDICOS / CONSENSO CON LIDERES DE ESPECIALIDADES PARA INCLUSIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL LISTADO / ESTUDIO DE MERCADO, SEGURIDAD Y PROPUESTAS DE CASAS MEDICAS PARA LOS DISPOSITIVOS CLASE III: VENTILADOR MECÁNICO (INCLUYE NEONATOS), DESFIBRILADOR CON MARCAPASOS, MONITOR DE SIGNOS VITALES / REUNIÓN CON SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA Y LIDERES MEDICOS PARA CONSENSAR TIEMPO DE MEDICO PARA ACOMPAÑAR LOS TRASLADOS.		Jefe de Enfermería - Coordinadora Subproceso

Fuente: Elaboración propia

SUBPROCESO 21. GESTIÓN DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO

SUBPROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ZONA DE RIESGO DESPUES DE CONTROLES	MEDIDA DE RESPUESTA	BARRERA DE CONTROL DE RIESGO ACTUAL	DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN DE MITIGACIÓN	FECHA DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE
Sistema de Información y Atención al Usuario - SIAU	Puede suceder que: Se asignen erróneamente las citas.	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Realización de una correcta inducción y reintroducción al personal asignado al subproceso / Énfasis en comunicar a los pacientes o familiares sus deberes y derechos como pacientes / Seguimiento en cuanto a desempeño del personal asignado al subproceso	REUNIONES MENSUALES IDENTIFICANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA EN EL SUBPROCESO, PARA EVITAR LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO	MENSUAL	Profesional Universitario SIAU
	Puede suceder que: Se brinde información errada o no acorde a las necesidades de los usuarios.	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Socializar el código de ética de buen gobierno / Capacitación a funcionarios sobre la correcta manera de dirigirse al usuario y que este comprenda claramente la información.	GESTIONAR CON EL SENA LA PROGRAMACIÓN DE UNA CAPACITACIÓN EN ATENCIÓN AL USUARIO, DIRIGIDA A TODOS LOS COLABORADORES DEL SUBPROCESO	JULIO DE 2017	Profesional Universitario SIAU
	Puede suceder que: Que el paciente se prepare inadecuadamente o no se prepare para su procedimiento o cita según las recomendaciones en las guías.	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Énfasis en comunicar a los pacientes o familiares sus deberes y derechos como pacientes / Capacitación a funcionarios sobre la correcta manera de dirigirse al usuario y que este comprenda la importancia del servicio que se está brindando para su salud	SE RECOMIENDA CONTINUAR CON LOS CONTROLES ACTUALES, BRINDANDO TODA LA INFORMACIÓN PERTINENTE A CADA USUARIO RESPECTO A SU ATENCIÓN EN SALUD, EVITANDO AL MÁXIMO LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO.	CONTINUO	Profesional Universitario SIAU
	Puede suceder que: Que no se realice el debido análisis a las quejas y/o sugerencias en los procesos generadores.	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Seguimiento a toda PQR generada por el usuario por pequeña que parezca / Realización de una correcta inducción y reintroducción al personal asignado al subproceso	EVITAR POSIBLES ACCIONES DE INCUMPLIMIENTO IMPLEMENTANDO LOS CONTROLES Y HACIENDO SEGUIMIENTO A LAS RESPUESTAS ANTES DE QUE SE PROLONGUEN FUERA DEL TÉRMINO ESTABLECIDO	DIARIO	Profesional Universitario SIAU
	Puede suceder que: Exista tráfico de influencias para la asignación de citas	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	Socializar el código de ética de buen gobierno	A TRAVÉS DEL CONTRATISTA, Y EN PERMANENTE COMUNICACIÓN, LOGRAR UN ADECUADO PERFIL Y COMPETENCIAS DE LOS COLABORADORES DEL SUBPROCESO	MENSUAL	Profesional Universitario SIAU

Fuente: Elaboración propia

10. CONTEXTUALIZACIÓN VALORATIVA

- Generar producción documental institucional que sirva como referente metodológico e investigativo sobre los riesgos inherentes al servicio que presta el HSLV.
- Aplicar la teoría académica en una situación concreta y objetiva en calidad de trabajo de campo.
- En calidad de futuro profesional en Administración de Empresas, intervenir en la gestión y administración del riesgo institucional en tiempo y ambiente reales.

10.1 CONTRIBUCION DEL TRABAJO

— La contribución del proyecto investigativo es en referencia al incremento del acervo investigativo en Control Interno y de la dinámica de la aplicación del MECI en la institución muestreada.

— El trabajo se constituirá en un válido antecedente metodológico e investigativo sobre la temática abordada.

— Su aplicación en la Institución se desarrollará de manera gradual, teniendo en cuenta el cronograma para su aplicación y que la dirección de la Institución brinde las garantías necesarias para su continuación.

A continuación, la presentación que se realizó al equipo de trabajo para concientizarlos del proceso que se realiza y de la concepción que se tiene para el beneficio de la Institución, el objetivo final es lograr que todos los presentes se apropien del trabajo y la colaboración se tan pertinente que el trabajo final que se presente ante la directiva sea un ejemplo de formación en equipo logrando la eficiencia y la eficacia de la Institución.



HOSPITAL
Buenos Aires de Medicina
S.A.S.



ORDEN DE LA JORNADA

- Socialización y conceptos de Gestión del Riesgo
- Presentación Matriz de Riesgos
- Video: Pensamiento basado en el riesgo
- Dinámica – Juego

Riesgos




HOSPITAL
Buenos Aires de Medicina
S.A.S.



**Caminamos juntos hacia la
excelencia en un territorio de paz**

Riesgos







¿Qué es un proceso?

Es un conjunto de actividades planificadas, que implica la participación de un numero de personas y de recursos materiales coordinados para lograr un objetivo previamente identificado.

The slide includes a cartoon illustration of three people in a meeting. One person is pointing to a whiteboard that shows a process flow: **ENTRADA → PROCESOS → SALIDA → VERIFICACIÓN**. In the foreground, there is a circular diagram with four colored arrows forming a loop, labeled: **Planear** (blue), **Ejecutar** (yellow), **Verificar** (red), and **Actuar** (green).

The slide is framed by a green border with the hospital logo and name: **HOSPITAL Basilio López de Velasco S. R. L.**



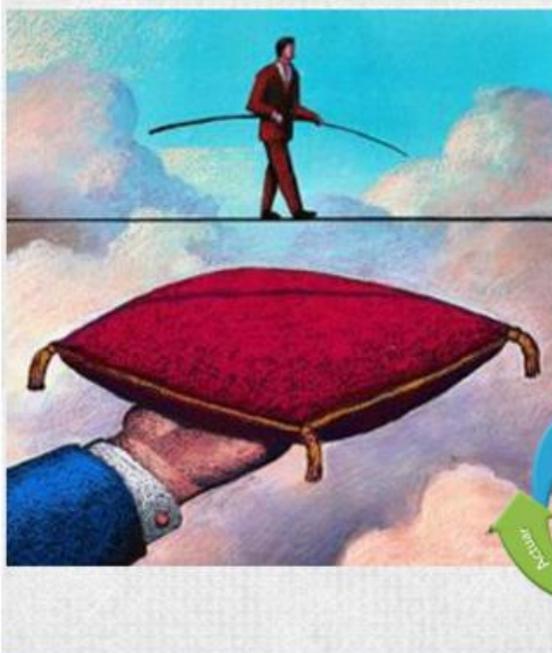
¿Qué es el riesgo?



Todo evento incierto que si ocurre, tendrá un efecto positivo o negativo en los objetivos de la institución.



¿Qué es la gestión de riesgo por procesos?

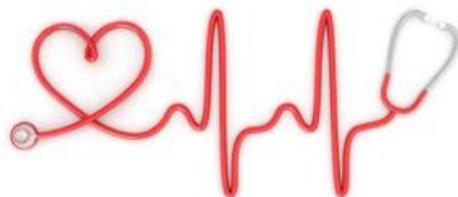


Asociada con el impacto o consecuencias que el riesgo pueda generar en el normal desarrollo de los procesos y en el cumplimiento de la misión institucional. Siendo una guía de respuesta ante los riesgos.





Principios para la gestión del riesgo



1. Creación y protección del valor de una organización.
2. Integralidad organizativa.
3. Estructurada y oportuna.
4. Dinámica y receptiva al cambio.
5. Se basa en la mejor información disponible.
6. Toma en consideración los factores humanos.
7. Adaptada a la organización.



Estructura MECI 2014

MODULO	COMPONENTE	ELEMENTO
CONTROL DE PLANEACION Y GESTION	TALENTO HUMANO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acuerdos, compromisos y protocolos éticos ✓ Desarrollo del talento humano
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Planes, programas y proyectos ✓ Modelo de operación por procesos ✓ Estructura organizacional ✓ Indicadores de gestión ✓ Políticas de operación
	ADMINISTRACION DEL RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Políticas de administración del riesgo ✓ Identificación del riesgo ✓ Análisis y valoración del riesgo
EVALUACION Y SEGUIMIENTO	AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Autoevaluación del control y gestión
	AUDITORIA INTERNA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auditoria interna
	PLANES DE MEJORAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plan de mejoramiento
EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACION		







Identificación del riesgo

REPUBLICA DE COLOMBIA-DEPARTAMENTO DEL CAUCA MATRIZ ELABORACION DE MAPA DE RIESGOS 2016		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. Código: SLV-GC-34-F01 version 0 Pagina 1 de 3		
PROCESO	SUBPROCESO	DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA (Debido a.....)	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO (Puede suceder que.....)	CONSECUENCIA DESCRIPCIÓN DE LA CONSECUENCIA (Lo que genera.....)
Gestión Contable y Financiera	Gestión Pagaduría y Caja	Debido a : errores en el proceso de recaudo, transporte y custodia de efectivo.	Puede suceder que: Haya hurto en la administración de los recursos financieros.	Lo que genera: Detrimiento de recursos de la Institución Lo que genera: Sanciones o despido de personal
		Debido a : que no se cuente con los recursos disponibles necesarios.	Puede suceder que: Exista mora en pago de proveedores en general.	Lo que genera: Posible lesión física al personal encargado de manejo de dinero Lo que genera: incportunidad en pago de recursos necesarios para el normal desarrollo de las actividades del hospital.
		Debido a : desconocimiento al identificar moneda en sus diferentes y nuevas denominaciones.	Puede suceder que: Se reciba moneda falsa en los puntos de recaudo.	Lo que genera: Detrimiento de recursos de la Institución Lo que genera: descuentos, sanciones o despido de personal y reproceso.



CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.					
ANÁLISIS DEL RIESGO - RIESGO INHERENTE		Versión: 0					
		Código: SLV/GC-34-F03					
PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	CALIFICACION		TIPO IMPACTO	EVALUACION (ZONA DE RIESGO)	MEDIDAS DE RESPUESTA
			PROBABILIDAD	IMPACTO			
Gestión Contable y Financiera	Gestión Pagaduría y Caja	Puede suceder que Haya huto en la administración de los recursos	RARO (1)	MAYOR (4)	LEGAL	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR
		Puede suceder que Exista mora en pago de proveedores en general.	PROBABLE (4)	MAYOR (4)	LEGAL	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR
		Puede suceder que: Se reciba moneda falsa en los puntos de recaudo	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	LEGAL	ZONA DE RIESGO EXTREMA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR
			IMPROBABLE (2)	MAYOR (4)	LEGAL	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR
			IMPROBABLE (2)	MAYOR (4)	LEGAL	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR
			IMPROBABLE (2)	MAYOR (4)	LEGAL	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR
			IMPROBABLE (2)	MAYOR (4)	LEGAL	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR
		POSIBLE (3)	MODERADO (2)	LEGAL	ZONA DE RIESGO ALTA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR	

PROBABILIDAD	IMPACTO				
	INSIGNIFICANTE (1)	MEJOR (2)	MODERADO (3)	MAYOR (4)	CATASTROFICO (5)
RARO (1)	B	B	M	A	A
IMPROBABLE (2)	B	B	M	A	E
POSIBLE (3)	B	M	A	E	E
PROBABLE (4)	M	A	A	E	E
CASI SEGURO (5)	A	A	E	E	E



Valoración de los riesgos

Riesgos



Valoración del riesgo





REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DEL CAUCA		HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.										
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL		Versión: 0 Código: SI-V-GC-38-108										
PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	CALIFICACION RICAL		EVALUACION RIESGO	BREVE CALIFICACION		NUEVA EVALUACION	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	INDICADOR
			PROBABILIDAD	IMPACTO		PROBABILIDAD	IMPACTO					
Gestión Contable y Financiera	Gestión Pagos y Caja	Puede suceder que: Hay hurto en la administración de los recursos	RARO (1)	MAYOR (4)	ZONA DE RIESGO ALTA	RARO (1)	MEJOR (2)	ZONA DE RIESGO BAJA	ASUMIR EL RIESGO			
		Puede suceder que: Existe mora en pago de proveedores en general.	PROBABLE (4)	MAYOR (4)	ZONA DE RIESGO CRÍTICA	PROBABLE (4)	MAYOR (4)	ZONA DE RIESGO CRÍTICA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR			
		Puede suceder que: Se recibe incorrecta falta en los puntos de cobro.	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	ZONA DE RIESGO CRÍTICA	POSIBLE (3)	MAYOR (4)	ZONA DE RIESGO CRÍTICA	REDUCIR, EVITAR, COMPARTIR O TRANSFERIR			
			0	0	F	0	0	F	F			
			0	0	F	0	0	F	F			
			0	0	F	0	0	F	F			
			0	0	F	0	0	F	F			



Monitoreo y revisión

Gestión del riesgo



EVALUACION





Actores y responsabilidades en la Gestión del Riesgo

El representante legal de la institución

- ❖ Definir y evaluar la efectividad de las políticas de gestión del riesgo.
- ❖ Promover la gestión del riesgo en los procesos.

Comité de Control Interno y MECI

- ❖ Aprobar y actualizar los mapas de riesgos.

Los líderes de procesos

- ❖ Aplicar la metodología definida para la identificación, análisis y valoración de los riesgos en cada procesos.
- ❖ Asegurar que se implementan y evalúan los controles y las acciones propuestas para el tratamiento de los riesgos identificados en cada proceso.
- ❖ Generar mecanismos de participación en la gestión del riesgo.

Todos los funcionarios de la institución

- ❖ Mitigar los riesgos y asegurar la eficacia de los controles frente a los riesgos identificados en los procesos.

El jefe de control interno

- ❖ Evaluar en forma independiente el componente de administración de riesgos como parte integral del Sistema de Control Interno.



Gracias



11. LIMITACIONES

— La mayor limitación en la elaboración del trabajo se presentó en el momento de comenzar a realizar la recolección de los insumos del trabajo, ya que los MAPAS DE RIESGO NO SE ENCONTRABAN ACTUALIZADOS A LA FECHA Y TAMPOCO SE ENCONTRABAN ELABORADOS CON BASE EN LA NORMA MECI 2014. El mayor reto fue actualizar los 23 mapas de Riesgo en un tiempo prácticamente record que retrasó la entrega del trabajo final y que no estaba dentro de las labores inicialmente indicadas en el desarrollo del Plan de Mitigación ni en el cronograma de trabajo.

— Se actualizaron solo 21 mapas debido a que: 1). En el área de comunicaciones, la Institución, no cuenta con la persona encargada para este subproceso. 2) El mapa de Gestión Estratégica y de Calidad, no se pudo desarrollar porque se encuentra en actualización.

— Un denominador común en todo el proceso es que algunos de los líderes de los subprocesos no le prestan el debido interés al tener que actualizar procesos y mejorarlos, indicaban en algunos casos que no tenían tiempo porque se encontraban ocupados realizando sus labores diarias; para el trabajo de calificación de controles y revisión de acciones de mitigación fueron algunos líderes poco colaborativos, aun conociendo que dentro de sus obligaciones como jefes de los procesos, está el de revisar cada uno de los subprocesos a su cargo. Lo anterior retrasó la entrega del trabajo final.

11.1 RESULTADOS ESPERADOS

Aportar como futuro Administrador de Empresas un trabajo muy importante para el hospital Susana López de Valencia, en cuanto a la administración del riesgo, uno de los puntos más sensibles de toda organización tanto pública como privada.

11.2 CONCLUSIONES Y LOGROS:

- 1) Realización de cada una de las etapas previstas para la actualización e implementación de los 21 Mapas de Riesgos desarrollados en la Política de Gestión del Riesgo del área administrativa.
- 2) Mejorar en gran parte los subprocesos de la Institución teniendo en cuenta la alta o baja probabilidad de riesgo de logro o no de sus objetivos, resultante del trabajo con las dependencias y protegiéndolo de la materialización de los mismos.
- 3) Trabajar con la mayoría de las dependencias de la Institución para identificar los riesgos y concientizar a cada líder de la alta y baja probabilidad de ocurrencia o del alto impacto en los procesos y procedimientos de cada dependencia mediante las políticas de Gestión del Riesgo.
- 4) Se elaboró un Plan de Mitigación de acuerdo con el código de ética y buen gobierno para prevenir y administrar las consecuencias de los riesgos identificados, por procesos.
- 5) Socializar de manera comprensible el PLAN DE MITIGACION DE RIESGOS BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO –MECI 2014 - elaborado por procesos, al jefe del Proceso de Planeación de la institución Hospital Susana López de Valencia.
- 6) Garantizar la confiabilidad de la información conforme al Direccionamiento Estratégico de la Institución y al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano establecido por la misma.
- 7) Hacer buen uso de los recursos de la Institución para el mejoramiento continuo de los riesgos existentes.
- 8) Cumplir con todos los requisitos legales y reglamentarios
- 9) Mejorar y propender porque toda la Institución conozca cual es el manejo de la Política de Riesgos Institucional.

12. CONTEXTUALIZACIÓN ADMINISTRATIVA

Tabla 4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES A REALIZAR	SEMANAS																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Consultar el mapa de riesgos de la institución.	■	■	■																	
Identificar los riesgos con alta probabilidad de ocurrencia o de alto impacto, por procesos.				■	■	■	■													
Proponer un plan para la reducción o mitigación de los riesgos identificados, por procesos								■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Socializar el PLAN DE MITIGACION DE RIESGOS BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO – MECI- elaborado por procesos, al jefe del Proceso de Planeación de la institución HSLV.																				■

Este cronograma cambia debido a las dificultades encontradas y descritas en las Limitaciones del presente trabajo.

Tabla 5. REQUERIMIENTO DE RECURSOS (Presupuesto en miles \$\$)

RUBROS	FUENTES		TOTAL
	RECURSOS PROPIOS	SUBSIDIO	
ASESORÍAS PROFESIONALES	1.300.000	0	1.300.000
RECURSOS HARDWARE	500.000	0	500.000
RECURSOS SOFTWARE	100.000	0	100.000
RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS.	200.000	0	200.000
RECURSOS VARIOS TRABAJO CAMPO.	400.000	0	400.000
EDICIÓN DOCUMENTOS PROYECTO	500.000	0	500.000
VALOR TOTAL DEL PROYECTO	3.000.000.00		3.000.000.00

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bermeo Muñoz, J. Directrices para escribir un Proyecto de Práctica Profesional. Universidad del Cauca, Facultad de Ciencias Contables, Económicas y Administrativas, Programa: ‘Administración de Empresas’. Material spp.
- Morales, A. ¿Qué es la Administración de Riesgos? Auditool. [Online], 2015. [Citado: 25, 08, 2016]. Recuperado de: <http://www.auditool.org/blog/control-interno/700-administracion-de-riesgos-conceptos-fundamentales>
- República de Colombia, Procuraduría General de la Nación. Mapa de Riesgos Institucional y de Riesgos de Corrupción 2015 – 2016 [Online], 2015. [Citado: 25, 08, 2016]. Recuperado de: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/MAPA.pdf>
- Departamento Administrativo de la Función Pública. Manual técnico del modelo estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014; p. 9.[Online], 2015. [Citado: 25, 08, 2016]. recuperado de:
[:https://www.google.com.co/search?q=t%c3%89cnico+del+modelo+est%c3%81ndar+de+control+interno+para+el+estado+colombiano+meci+2014%3b&oq=t%c3%89cnico+del+modelo+est%c3%81ndar+de+control+interno+para+el+estado+colombiano+meci+2014%3b&aqs=chrome..69i57.1119j0j7&sourceid=chrome&ie=utf-8](https://www.google.com.co/search?q=t%c3%89cnico+del+modelo+est%c3%81ndar+de+control+interno+para+el+estado+colombiano+meci+2014%3b&oq=t%c3%89cnico+del+modelo+est%c3%81ndar+de+control+interno+para+el+estado+colombiano+meci+2014%3b&aqs=chrome..69i57.1119j0j7&sourceid=chrome&ie=utf-8)
- Guía para la administración del riesgo, recuperado de:
<https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/1592.pdf/73e5a159-2d8f-41aa-8182-eb99e8c4f3ba>
<http://www.arcotel.gob.ec/wp-content/uploads/2015/12/plan-de-mitigacion-de-riesgos-de-procesos.pdf>
http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/descargas/control_interno/planmanejoriososinstitucionales.pdf

- Política de Administración del Riesgo de la Biblioteca Pública Piloto de Medellín para América latina, 2014.