
 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</b> Cúcuta – Norte de Santander		 <small>HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto</small>
	Direccionamiento Estratégico	Código DE - FCI - 02	

**EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL DE LOS MESES DE SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE LA VIGENCIA 2023 DE LA E.SE. HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO.**





HOSPITAL MENTAL  
**Rudesindo Soto**

## ***E.S.E HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO***

Es la única institución de orden Departamental de segundo nivel de complejidad, que presta sus servicios de atención especializada en psiquiatría y salud mental al Departamento de Norte de Santander, cuenta con un equipo humano altamente calificado y la tecnología apropiada que garantiza la atención de los usuarios. La ESE se ha caracterizado por su liderazgo en el sector público y privado en la prestación de servicios de salud mental, este liderazgo continúa siendo el reto de la entidad en las condiciones de cambio acelerado que nos impone la sociedad a nivel tecnológico, científico, económico y social. Siendo la Única Institución del sector público en el departamento, por su ubicación geográfica no solo presta sus servicios a la población del Norte de Santander, si no a la Población de Arauca y Sur del departamento de Cesar, provincias del departamento de Santander que limitan con nuestro departamento y la población de los estados venezolanos cercanos que tienen documentos colombianos.

Calle 22 Avs. 19A y 19B Barrio San José – Teléfonos: 5823992 – 5824938 – 5824937 – Cel.: 320 3048245  
e-mail: hosmentalcucuta@hotmail.com WEB: www.hmrudesindosoto.gov.co



 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</b> Cúcuta – Norte de Santander			 <small>HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto</small>
	Direccionamiento Estratégico	Código DE - FCI - 02	Comunicación Interna	

## **EVALUACION Y SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL DE LOS MESES DE SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE LA VIGENCIA 2023 DE LA E.SE. HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO.**

### **INTRODUCCION Y ALCANCE**

De conformidad con lo establecido en el artículo 9 de la ley 87 de 1993 le corresponde a la oficina de control interno asesorar a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos, a la matriz de riesgos institucionales de la vigencia 2023 de la E.S.E Hospital Mental Rudesindo Soto

### **SOPORTES – NORMATIVIDAD**

Resolución No. 0316 del 04/11/2022, “Por medio de la cual se adopta el sistema integrado de gestión de riesgos y sus subsistemas de administración de riesgos en la E.S.E HMRS.

Resolución No. 0344 del 30/11/2022, “Por medio de la cual se adopta la política para la administración de los riesgos del sistema integrado de gestión de riesgos y sus subsistemas en la E.S.E HMRS, artículo No. 6. Seguimiento, la oficina de planeación en compañía con la oficina de control interno realizara trimestral y cuatrimestral, el seguimiento a la política de administración del riesgo implementada en la entidad de acuerdo a su nivel de responsabilidad definidos en la línea de defensa a fin de determinar su nivel de apropiación y materialidad establecido en la ley y la jurisprudencia, de tal manera establecer la formulación de planes de mejoramiento, si hubiere lugar

Resolución No. 0345 del 30/11/2022, “Por medio de la cual se adopta la Política del Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, opacidad y fraude de la E.S.E HMRS, artículo No. 6. Verificación, la oficina de planeación y calidad adelantara la verificación y elaboración del sistema de administración de Riesgo de Corrupción, opacidad y fraude, así como el seguimiento y control a la implementación y avances de las actividades previstas en el desarrollo del sistema, por parte de los líderes y coordinadores de los procesos.

El artículo 17 del decreto 648 del 2017, identifica la evaluación y seguimiento, como uno de los principales tópicos que enmarcan el rol de la oficina de control interno de la E.S.E. Hospital Mental Rudesindo Soto, en cumplimiento de su rol de seguimiento y evaluación, verificación de las acciones que se adelantaron durante la vigencia 2023 por parte de los procesos misionales

 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</b> Cúcuta – Norte de Santander			
	Direccionamiento Estratégico	Código DE - FCI - 02	Comunicación Interna	

## OBJETIVOS

Se evalúa el seguimiento a las actividades que se suscribieron en la matriz de riesgos institucionales de la vigencia 2023, Este informe plasma las recomendaciones que le permite al Hospital Mental Rudesindo Soto, fortalecer las debilidades y minimizar los riesgos.

El artículo 17 del decreto 648 del 2017, identifica la evaluación y seguimiento, como uno de los principales tópicos que enmarcan el rol de la oficina de control interno de la E.S.E. Hospital Mental Rudesindo Soto, en cumplimiento de su rol de seguimiento y evaluación, verificación de las acciones que se adelantaron durante la vigencia 2023 por parte de los procesos misionales



De igual forma, teniendo en cuenta que el numeral 6 del artículo 6 del decreto 648 de 2017 establece que le corresponde a la oficina de control interno en cada entidad medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles adoptados por la entidad, así como asesorar y apoyar a los directivos en el desarrollo y mejoramiento del sistema institucional de control interno, esta oficina realiza seguimiento de manera permanente a los riesgos de la entidad según la ley 1474 de 2011 artículo 73 con la indicación que cada entidad cada año realice una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano que debe contemplar el mapa de riesgos de corrupción definido este como el instrumento que le permite a la entidad identificar, analizar y controlar los posibles hechos generadores de corrupción tanto internos como externos.

Dando alcance a las resoluciones anteriores y las circulares de la Supersalud, en proceso de adaptación y ajustes, en el segundo seguimiento del cuatrimestre de la vigencia 2023 de la E.S.E. Hospital Mental Rudesindo Soto y el diseño de controles en entidades públicas, riesgos de gestión, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

## DESARROLLO

Control interno, realiza la verificación del seguimiento por parte de la oficina de planeación a la matriz de riesgo institucional de la vigencia 2023, responsables, componentes y actividades adelantadas.



 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</b> Cúcuta – Norte de Santander			
	Direccionamiento Estratégico	Código DE - FCI - 02	Comunicación Interna	

## COMPONENTES

- **Matriz de Riesgo Institucional – Seguimiento septiembre – diciembre.**

El concepto de Administración del Riesgo se introduce en las entidades públicas, teniendo en cuenta que todas las organizaciones independientemente de su naturaleza, tamaño y razón de ser están permanentemente expuestas a diferentes riesgos, buscando una política de autocontrol y mejora continua.

## RESULTADO

En lo revisado se pudo verificar que no se materializo ningún riesgo.

Durante la vigencia del 2023, se logra cumplir con la ruta crítica del programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en salud, llegando al aprendizaje organizacional

Se realiza informe consolidado de adherencia a los protocolos seguros implementados en la institución, en los que se observó una adherencia por encima del 90%

Capacitaciones de manejo de documentos, seguridad del software,  
Se realizaron adecuaciones locativas al servicio de urgencias, facilitando la prestación del servicio en el área del consultorio Triage, de igual forma se mejora la seguridad del paciente que se encuentra tanto en Urgencias como en consulta externa

Se evidencia un importante avance en la digitalización de las historias clínicas, la documentación hasta 2017 ya se encuentra digitalizado y enviado al archivo central.

Se realizó contratación externa para el fortalecimiento del sistema de gestión documental, el cual comprendía el diagnostico, las tablas de retención documental, la realización del PINAR, socialización y capacitación a cada una de las dependencias involucradas.

Los soportes de la información antes descrita se encuentran en los archivos de la E.S.E HMRS y en los archivos de cada jefe de proceso.

 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</b> Cúcuta – Norte de Santander			
	Direccionamiento Estratégico	Código DE - FCI - 02	Comunicación Interna	

### RECOMENDACIONES

- Realizar mapa de calor y avances por parte de la oficina de planeación por lo menos una vez a la semana
- Realizar un link de ubicación en los soportes de seguimiento a la Matriz de Riego Institucional
- Realizar mensualmente reuniones de coordinación y ajustes a los diferentes procesos y procedimientos.
- Programar un día a la semana disponibilidad por parte de la oficina de Planeación y Control Interno, orientación y ajustes de los procesos y procedimientos, sugerencias por parte de los jefes de procesos y personal en general.

Atentamente.



**FERNANDO PABON CORREA**  
 Abogado-Contratista-Control Interno  
 Hospital Mental Rudesindo Soto.

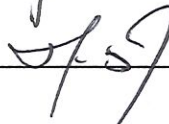
### SOCIALIZADO:

Gerente:



JESÚS EMILIO RINCÓN VERA



Jefe de Control Interno: CRUZ MONICA SANABRIA GUALDRON





**SOCIALIZADO EN COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO. Publicar en la página WEB.**

 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</b> Cúcuta – Norte de Santander			
	Direccionamiento Estratégico	Código DE - FCI - 02	Comunicación Interna	



**CONSOLIDADO SEGUIMIENTO A LA MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL  
DE LOS MESES DE SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE  
LA VIGENCIA 2023**

PROCESO	RIESGO	MONITOREO Y SEGUIMIENTO	OBSERVACION
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	<p>1. No dar cumplimiento a lo inicialmente programado en el Plan de Desarrollo Institucional.</p> <p>2. Toma de decisiones Técnicas y Administrativas con base en información errónea</p>	<p>1.1 Realizar seguimiento periódico de las actividades definidas en el plan de desarrollo.</p> <p>1.2 Verificar el cumplimiento de los indicadores y posibles desviaciones para su ajuste y cumplimiento.</p> <p>2.1 Fortalecer la socialización y ejecución de los procedimientos institucionales.</p> <p>2.2 Fortalecer el programa de inducción y re inducción institucional.</p>	<p>Durante este cuatrimestre se realizaron capacitaciones al personal de salud en temáticas como: Aislamiento de pacientes, Lavado de manos, protocolo de atención en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado, Protocolo de atención a pacientes con riesgo suicida y/o autolesiones, Administración segura de medicamentos.</p>



 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</b> Cúcuta – Norte de Santander			
	Direccionamiento Estratégico	Código DE - FCI - 02	Comunicación Interna	

<b>GESTION DE CALIDAD</b>	<p>1. Incumplimiento de criterios documentales de habilitación</p> <p>2. No cumplir con las metas del PAMEC – SUA</p> <p>3. No confiabilidad y oportunidad en la entrega de indicadores y datos estadísticos</p> <p>4. Débil identificación y gestión de No conformidades.</p>	<p>1. Reporte de auditoria externa o interna (actualización de procesos prioritarios)</p> <p>2. Mayor difusión de herramienta de autoevaluación. (Calidad) Fortalecimiento de autoevaluación con verificadores internos. (Talento humano)</p> <p>3. Necesidad de realizar seguimiento a través de los jefes inmediatos y el comité de calidad). Fomentar una mayor participación de los funcionarios de los procesos. Subdividiendo equipos claves. (Calidad)</p> <p>4. Unificación de la generación y recopilación de datos en el proceso de Gerencia de información independiente de cual se la fuente de la información. (Delegación por gerencia)</p> <p>5. Seguimiento al programa de seguridad del paciente.</p>	<p>Durante la vigencia del 2023, se logra cumplir con la ruta crítica del programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en salud, llegando al aprendizaje organizacional</p> <p>Se realiza informe consolidado de adherencia a los protocolos seguros implementados en la institución, en los que se observó una adherencia por encima del 90%</p>
<b>FINANCIERO</b>	<p>1. Inefectividad del recaudo</p> <p>2. Sub Registro e inadecuada facturación mensual.</p> <p>3. Algunos activos sin hojas de vida</p> <p>4. Descuadre en el recaudo de cajas</p>	<p>1. Cobranza constante.</p> <p>2. Presencia permanente en las EPS de mayor facturación.</p> <p>3. Generación de espacios de concertación a nivel gerencial entre las partes.</p> <p>2.1 Actualización de Procedimientos del área de facturación.</p> <p>2.2 Capacitación idónea del personal de facturación</p> <p>3. Diligenciamiento de los activos pendientes</p> <p>4.1 Arqueos constantes de los recaudos</p>	<p>Se verifico las reuniones de conciliación con las E.P.S y acuerdos de pago del último cuatrimestre de la vigencia 2023.</p>

 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</b> Cúcuta – Norte de Santander		 <small>HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto</small>
	Direccionamiento Estratégico	Código DE - FCI - 02	



<b>ATENCIÓN AL USUARIO</b>	<p>1. Respuesta inadecuada o inoportuna a una queja o reclamo</p> <p>2. Peligro público (por robo o agresión física).</p> <p>3. Atención inadecuada e inoportuna al usuario</p>	<p>1. Mantener controles sobre las quejas y los reclamos.</p> <p>2. Adherencia al protocolo de manejo de paciente agitado.</p> <p>3.1 Socialización de los procedimientos y re inducción del personal.</p> <p>3.2 Realizar reunión para revisar temas como cancelación de citas.</p> <p>3.3 Reprogramación de agendas, citas prioritarias.</p> <p>3.4 Reprogramación del sistema telefónico para que en cada puesto de trabajo entren las tres líneas simultaneas.</p>	<p>Desde el área de SIAU se cuenta con formato para recepción de quejas y reclamos de los usuarios internos y externos, se realiza consolidación y análisis del mismo de forma trimestral, de igual forma se presentan las principales causas de insatisfacción por parte de los usuarios a la subgerencia asistencial que toma las medidas necesarias para subsanar falencias</p> <p>Se evidencia que en la institución se cuenta con personal asignado a la confirmación y reprogramación de citas programadas para los servicios especializados, evitando así la perdida de cupos para citas y optimizando así la agenda diaria de los especialistas</p>
<b>GERENCIA DEL TALENTO HUMANO</b>	<p>1. Debilidad en la implementación de la cultura organizacional</p> <p>2. Incumplimiento al sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo</p>	<p>1. Revisión y ejecución del programa de inducción y re inducción.</p> <p>2. Revisar y Actualizar los procedimientos de SGSST.</p>	<p>Se evidencia informe de clima laboral que es socializado en el Copasst en el que se establecen actividades en pro de fortalecer la cultura organizacional priorizando la actualización y realización del proceso de inducción y reinducción de los trabajadores de la institución</p> <p>Se identifica un cronograma de actividades correspondiente a un plan de trabajo anual, en el que se establece actividades en conjunto con la ARL y el área de Seguridad y salud en el trabajo</p>
<b>AMBIENTE FISICO</b>	<p>1. Fuga de Pacientes</p>	<p>1.1 Identificar las áreas de fácil acceso</p> <p>1.2 Actualizar y socializar el plan de emergencia, incluyendo el manejo de pacientes en caso de evacuación.</p> <p>1.3 Adecuación de los puntos críticos identificados en el registro.</p>	<p>Se evidencia actualización del protocolo de fugas y socialización del mismo al personal de la institución, así como la realización de rondas diarias con el objetivo de minimizar las prácticas inseguras que pueden conllevar a la fuga de pacientes.</p> <p>Se evidencia cumplimiento al cronograma de mantenimiento de</p>

Calle 22 Avs. 19A y 19B Barrio San José – Teléfonos: 5823992 – 5824938 – 5824937 – Cel.: 320 3048245  
 e-mail: hosmentalcucuta@hotmail.com WEB: www.hmrudesindosoto.gov.co





	<p>2. Inoportunidad en la entrega de insumos y medicamentos</p> <p>3. Desastres Naturales</p> <p>4. Evento adverso al paciente por uso de Tecnología</p>	<p>1.4 Evidenciar control por parte de la empresa para los vigilantes</p> <p>2.1 Cumplir con el plan de compras de la institución.</p> <p>3.1 Socializar el plan de emergencia</p> <p>3.2 Realizar simulacros de evacuación</p> <p>3.3 Se requiere consolidar el grupo de brigadistas en caso de emergencias y que cuenten con las herramientas necesarias.</p> <p>4.1 Cumplir con el cronograma de mantenimiento de equipos Biomédicos.</p> <p>4.2 Cumplir con el cronograma de calibración de equipos Biomédicos.</p> <p>4.3 Revisar mensualmente los reportes nacionales e internacionales de informes de seguridad con respecto a la tecnología.</p> <p>4.4 Capacitar al personal asistencia acerca de la importancia de reporte por incidente o evento adverso debido a la tecnología.</p> <p>4.5 Cumplir con el comité de tecno vigilancia.</p>	<p>equipos biomédicos de forma semestral</p>
<p>GERENCIA DE LA INFORMACION</p>	<p>1. Debilidad en la aplicación y socialización de seguridad de la Información.</p> <p>2. Presencia de software no licenciado.</p> <p>3. Debilidad en la ejecución del plan de mantenimiento.</p>	<p>1. Capacitación en el manejo y seguridad de la información.</p> <p>2. Inventario de software.</p> <p>3. Auditorías internas.</p>	<p>Se evidencia socialización con el personal de enfermeros profesionales en el manejo de la seguridad de la información y manejo de documentos, seguridad del software.</p>


 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</b> Cúcuta – Norte de Santander		
	Direccionamiento Estratégico	Código DE - FCI - 02	

	<p>4. Daño en equipos de cómputo por energía eléctrica no regulada.</p> <p>5. Ausencia de un sistema de gestión de la seguridad de la información.</p> <p>6. Debido a que no existe un protocolo de informe de novedades de RH hacia TI, se pueden presentar accesos no autorizados a los Sistemas de Información</p>	<p>4. Respaldo con ups a equipos sensibles de la plataforma tecnológica.</p> <p>5. Implementar un sistema de gestión de seguridad de la información</p> <p>6. Elaborar y socializar procedimiento para la notificación de novedades de personal a sistemas de información.</p>	
<b>ATENCIÓN EN SALUD</b>	<p>1. Fallas en la atención del triage</p> <p>2. Fallas en los registros clínicos.</p> <p>3. Debilidad en el proceso de seguridad del paciente.</p> <p>4. Estancia prolongada.</p>	<p>1.1 Medición de la demanda. 1.2 Fortalecer el triage 1.3 Implementación de procedimiento en el servicio de urgencias lo cual hace que se pueda identificar y medir los tiempos del triage</p> <p>2.1 Seguimiento por comité de historias clínicas. 2.2 Plan de mejora individual 2.3 Sistematización de la historia clínica. 4. Pre-Auditoría 5. Facturación en cada servicio</p> <p>3.1 Socialización del protocolo de seguridad del paciente. 3.2 Medición de adherencia al protocolo de seguridad del paciente. 3.3 Fortalecer el proceso de inducción y reinducción</p> <p>4.1 Identificación de las condiciones socioeconómicas y red de apoyo desde el ingreso. 4.2 Solicitar apoyo a los entes de control.</p>	<p>Se realizaron adecuaciones locativas al servicio de urgencias, facilitando la prestación del servicio en el área del consultorio Triage, de igual forma se mejora la seguridad del paciente que se encuentra tanto en Urgencias como en consulta externa.</p> <p>Se evidencia realización de adherencia a las guías de práctica clínica, de igual forma el adecuado registro en historias clínicas por parte del área de auditoría, las cuales quedan consignadas y socializadas en el comité de historias clínicas y expuestas a los especialistas con el objetivo de mejorar e implementar las acciones de mejora.</p> <p>Una vez identificados los eventos adversos ocurridos, el área de seguridad del paciente, establece como plan de mejora, un aumento en las rondas de seguridad por servicio realizando verificación del cumplimiento de prácticas seguras, y generando informes sobre los hallazgos encontrados.</p>



 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</b> Cúcuta – Norte de Santander			 <small>HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto</small>
	Direccionamiento Estratégico	Código DE - FCI - 02	Comunicación Interna	

	<p>5. Manejo de pacientes en condiciones especiales (física, mental, comportamental, religiosa)</p> <p>6. Fallas en el proceso de ayuda diagnóstica.</p>	<p>4.3 Registro en la historia clínica de los procesos administrativos en cada turno.</p> <p>4.4 Vigilancia diaria a través del censo, el cual indica número de días de estancia.</p> <p>5.1 Socialización de los protocolos existentes.</p> <p>5.2 Elaboración de política y manual para manejo de pacientes especiales.</p> <p>5.3 Socialización en el servicio de urgencias.</p> <p>6.1 Fortalecimiento y socialización a los protocolos de ayudas diagnósticas.</p> <p>6.2 Seguimiento a no conformes de ayudas diagnósticas.</p> <p>6.3 Seguimiento a indicadores de oportunidad e entrega de resultados.</p>	
GESTION DOCUMENTAL	<p>Deterioro documental y pérdida de información</p>	<p>1- insuficiencia en la dotación de equipos tecnológicos, (software, y hardware).</p> <p>2- instalaciones inadecuadas de acuerdo a la normatividad</p> <p>3- condiciones ambientales inadecuadas, presencia de organismos extraños (ácaros, insectos etc.).</p>	<p>Se evidencia un importante avance en la digitalización de las historias clínicas, la documentación hasta 2017 ya se encuentra digitalizado y enviado al archivo central. Se realizó contratación externa para el fortalecimiento del sistema de gestión documental, el cual comprendía el diagnóstico, las tablas de retención documental, la realización del PINAR, socialización y capacitación a cada una de las dependencias involucradas.</p>

 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO</b> Cúcuta – Norte de Santander			 HOSPITAL MENTAL Rudesindo Soto
	Direccionamiento Estratégico	Código DE - FCI - 02	Comunicación Interna	

**RECOMENDACIONES GENERALES:**

Al revisar las acciones y el indicador en la mayoría de la matriz de riesgo institucional se observa que tiene expresiones como fortalecer y exceder los controles para evitar que se materialicen los riesgos.

Cada dependencia, coordinador o líder responsable de los riesgos debe llevar los registros, si existe materialización de los riesgos debe informar para que se inicie la respectiva investigación y hacer los ajustes que sean necesarios.

Realizar mesas de trabajo y aplicar la política de autocontrol del personal y cada jefe de área; la oficina de planeación y control interno están disponibles para orientar, asesorar y fortalecer la Matriz de Riesgo Institucional, la cual favorece la estructuración y evaluación de los controles.

Atentamente,

  
**FERNANDO PABON CORREA**  
Abogado- Contratista- Control Interno  
Hospital Mental Rudesindo Soto.





**ESE HOSPITAL MENTAL RUদেশিন্দো SOTO**  
**MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL**  
**VIGENCIA 2023**



**RIESGO RESIDUAL**

**SEGUIMIENTO**

**VERIFICA CUATRIM**

RIESGO	PROCESO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTE		DESCRIPCION DEL CONTROL	SEVERIDAD AD	FRECUENCIA NCA	NIVEL DE RIESGO	ACCIONES Y CONTROLES	MITIGAR	PROBABILIDAD	IMPACTO	NIVEL DE	ABRIL	AGOSTO	DICIEMBRE
				SI	NO												
No dar cumplimiento al reclutamiento programado en el Plan de Desarrollo Institucional	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	1. Desviación de lo planeado inicialmente 2. Cambios en las condiciones del entorno o el interior de la institución	Sanciones 1. Reducción de la actividad operativa e impacto en la ejecución del Plan de	X		1. Evaluación del plan de gestión 2. Seguimiento a indicadores	Alta	Medio	Moderado	1. Realizar seguimiento periódico de las actividades definidas en el plan de desarrollo. 2. Verificar el cumplimiento de los indicadores y posibles	MITIGAR	Medio	Medio	Moderado	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.
Toma de decisiones Técnicas y Administrativas con base en información errónea	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Fuente errónea de información y poca o inexacta inducción y evidencia	Transmisión de la actividad desvirtuada y pérdida de credibilidad	X		1. Se cuenta con procedimientos institucionales 2. La institución cuenta con evidencia	Medio	Medio	Moderado	1. Fortalecer la recolección y ejecución de los procedimientos institucionales 2. Fortalecer el programa de inducción y evidencia institucional	MITIGAR	Baja	Leve	Bajo	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.
Incumplimiento de contratos ocurridos en la institución	GESTION CALIDAD	1. Desactualización de documentos e IES de los manuales y procedimientos. 2. Débil cultura de seguimiento a procedimientos. 3. Descompletamiento del procedimiento de	Daño al cumplimiento de obligaciones laborales, económicas, etc.	X		1. Actualización de procedimientos 2. Resolución de dudas 3. Resolución de dudas	Muy alta	Moderado	Alto	1. Reporte de asistencia errónea a reuniones (desactualización de procesos pendientes)	MITIGAR	Muy Alta	Moderado	Alto	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.
No contar con las metas del PADEC - SIA	GESTION CALIDAD	1. No cumplimiento de metas de acción por equipos de trabajo 2. No identificación o conocimiento de los estándares 3. Cultura institucional de no entregar y siempre otorgar 4. Débil cultura de presupuesto	1. No cumplimiento de las metas del indicador 1 y 2 del Plan de gestión 2. No cumplimiento de las metas	X		1. Herramienta de PADEC - SIA 2. Guía de trabajo de ejecución	Muy Alta	Moderado	Alto	1. Necesidad de realizar seguimiento a través de los jefes inmediatos y el comité de trabajo 2. Fortalecer una mayor participación de los procesos subalternos	MITIGAR	Medio	Moderado	Moderado	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.
No contabilidad y oportunidad en la entrega de indicadores y otros establecidos	GESTION CALIDAD	1. Deficiencias en sistemas de información 2. Desagregación de funciones en cuanto a recolección de la información, no se cuenta con herramientas para la recolección de la información 3. Débil cultura de presupuesto 4. Débil cultura de evidencia	1. Poco tiempo para realizar evidencias 2. Sanciones por información errónea o falta de control 3. Débil cultura de evidencia 4. Débil cultura de evidencia	X		1. Procedimiento de gestión de indicadores 2. Procedimiento de gestión de evidencias	Alta	Leve	Moderado	1. Participación de la gerencia y recolección de datos en el proceso de implementación de la información (análisis por gestión)	MITIGAR	Medio	Moderado	Moderado	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.
Débil identificación y gestión de los compromisos	GESTION CALIDAD	1. Sistema no actualizado 2. Débil cultura de evidencia 3. No cultura de evidencia	1. Repetición de errores 2. Sanciones por información errónea o falta de control 3. Débil cultura de evidencia 4. Débil cultura de evidencia	X		1. Procedimiento de gestión de evidencias 2. Procedimiento de gestión de evidencias	Alta	Medio	Alto	1. Seguimiento al programa de evidencia del paciente 2. Presencia permanente en las EPS de mayor facturación 3. Generación de evidencias de conformidad a nivel gerencial entre las partes.	MITIGAR	Baja	Moderado	Moderado	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.
Insuficiencia del recaudo	FINANCIERO	Recursos asignados a las EPS son insuficientes para cubrir el pago de la evidencia de las EPS	1. Retrasos en la evidencia de las actividades operativas que se ejecutan en la institución 2. Retrasos en la evidencia de las actividades operativas que se ejecutan en la institución	X		1) Cobranza y conciliación con las EPS 2) Cobranza y conciliación con las EPS 3) Cobranza y conciliación con las EPS	Baja	Moderado	Alto	1) Actualización del área de cobranza 2) Actualización del área de cobranza 3) Actualización del área de cobranza	MITIGAR	Baja	Moderado	Moderado	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.
Solo Registro e Inadecuado facturación manual	FINANCIERO	Falta de control en los servicios por el personal asignado	1) Pérdidas en la evidencia de las actividades operativas que se ejecutan en la institución 2) Pérdidas en la evidencia de las actividades operativas que se ejecutan en la institución	X		1) Actualización de procedimientos 2) Actualización de procedimientos 3) Actualización de procedimientos	Baja	Moderado	Alto	1) Actualización del área de cobranza 2) Actualización del área de cobranza 3) Actualización del área de cobranza	MITIGAR	Baja	Moderado	Moderado	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.	Se realiza control periódico de gestión, se realizan capacitaciones al personal de salud en temas como: Registro de enfermos y procesos de atención, Protocolo de emergencia, Atención social y atención de emergencias, etc.