



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA

*Empresa Social del Estado*

CUNDINAMARCA  
REGION  
Que Progresa!  
EN SALUD



Al contestar por favor cite:2022110013572-1



05GIS15 - V7 Página 1 de 1

Bogotá, 23 de diciembre de 2022

Doctora  
LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS  
Directora Científica  
SANDRA ELIANA RODRIGUEZ GARCIA  
Directora Administrativa  
MARLESBY SOTELO P.  
Directora Financiera (e)  
NUBIA GUERRERO P.  
Directora Atención al Usuario  
JAIRO ENRIQUE CASTRO MELO  
Director HRZipaquira  
ANA CAROLINA SERNA  
Coordinadora UFZipaquira  
NEIDY TINJACE R.  
Jefe Of. Asesora Jurídica  
LEONARDO DUARTE D.  
Jefe Of. Asesora de Planeación  
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA  
E. S. D.

Ref.: Informe AUDITORIA GESTIÓN RIESGOS DE PROCESOS (Riesgos y seguimiento a controles establecidos en la Matriz de Riesgo Institucional) EVALUACION POLITICA Y PROGRAMA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS, ATENDIENDO METODOLOGIA ADOPTADA POR LA ENTIDAD 2022

Cordial Saludo.

Adjunto se envía el Informe Final de Auditoria de Gestión de Riesgos y evaluación de controles de la vigencia 2022.

Es importante tener en cuenta el presente informe para la elaboración de la Matriz de Riesgos de la vigencia 2023.

Por lo anterior, esta auditoria deberá surtir las acciones de mejora correspondiente, conforme lo establece el procedimiento 02AC01, actividad 21 y al instructivo 08GC09.

Nota: Adjunto 16 folios

Atentamente,

YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA  
Jefe Oficina Asesora de control Interno

cc. Dr. EDGAR SILVIO SANCHEZ VILLEGAS – Gerente



051



SC5520-1



Carrera 8 No. 0 – 29 Sur. Tel. 4077075

[www.hus.org.co](http://www.hus.org.co)

"Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada"

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA  
NIT. 899.999.032-5**

**AUDITORÍA GESTIÓN RIESGOS DE PROCESOS (Riesgos y seguimiento a Controles  
establecidos en la Matriz Riesgo Institucional) EVALUACION POLÍTICA Y PROGRAMA DE  
ADMINSITRACION DE RIESGOS, ATENDIENDO METODOLOGÍA ADOPTADA POR LA ENTIDAD  
2022**

**INFORME DE AUDITORÍA**

**Bogotá D.C, DICIEMBRE DE 2022**

A handwritten signature in black ink is located in the bottom right corner of the page. The signature is stylized and appears to be a set of initials or a name written quickly.

A handwritten signature in black ink is located in the bottom left corner of the page. The signature is stylized and appears to be a set of initials or a name written quickly.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

**INDICE**

<b>1. ASPECTOS GENERALES</b>	
1.1. Objetivo de la Auditoría	3
1.2. Alcance de la Auditoría	3
1.3. Técnicas de la Auditoría	3
1.4. Metodología de la Auditoría	3
1.5. Ficha Técnica	4
1.6. Base Legal	6
<b>2. DOCUMENTACION DE RIESGOS</b>	<b>7</b>
<b>3. RESULTADO TABULACION DE LA ENCUESTA</b>	<b>7</b>
<b>4. RIESGOS MATERIALIZADOS</b>	<b>17</b>
<b>5. MEJORAS REPORTADAS POR PROCESO, DERIVADAS DE LA GESTIÓN DEL RIESGO</b>	<b>18</b>
<b>6. EVALUACION DE LOS CONTROLES DE LA CALIFICACIÓN DEL CONTROL DE LA MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONALES 2021</b>	
6.1. Calificación del Control	20
<b>7. CONCLUSIONES</b>	<b>28</b>
<b>8. RECOMENDACIONES</b>	<b>30</b>

# OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

## 1. ASPECTOS GENERALES

### 1.1.OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

Desarrollar el seguimiento a los riesgos y controles consolidados en las matrices de riesgos, conforme a lo establecido en el Plan de Auditorias de la vigencia 2022 y en el Plan Operativo Anual – POA de la vigencia 2022 de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana.

### 1.2.ALCANCE DE LA AUDITORÍA

En atención al Plan Anual de Auditorías de la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana, Vigencia 2022, se realiza la presente Auditoria desde el seguimiento a la Gestión de los Riesgos Institucionales III Trimestre de la vigencia 2022, hasta la efectividad de los controles, los cuales se encuentran registrados y publicados en la página Web del hospital.

### 1.3.TECNICAS DE AUDITORIA

Los métodos y pruebas de Auditoria utilizados por la Oficina Asesora de Control Interno de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana para lograr la información y verificación necesaria y obtener la evidencia valida y suficiente en la emisión del informe Auditoria de Control Interno, están contenidas documentalmente en el Plan Anual de Auditorias Vigencia 2022, firmado por el representante legal y la jefe de la Oficina Asesora de Control Interno, el Estatuto de Auditoria y Código de Ética de los Auditores Internos, adoptado mediante Resolución 109 de Marzo de 2018 y la Carta de Compromiso Ético del Auditor Interno, al igual que los procedimientos del proceso de Auditoria y Control.

El desarrollo de la Auditoría Interna se tiene en consideración los criterios básicos de contenido constitucional, legal y reglamentario.

### 1.4.METODOLOGÍA DE AUDITORÍA

Identificados los Riesgos de la Matriz de Riesgos Institucionales III Trimestre de 2022 de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana por cada uno de los procesos establecidos, se acuerda:

Elaborar veinticinco (26) encuestas dirigidas a los Directivos; Gerente, Oficinas Asesoras, Directores, Subdirectores, Líderes de Proyecto, Profesionales de Proceso. Con el fin de conocer la categoría de

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

adelanto en cuanto a Riesgos y Controles ejercidos para mitigarlos y/o atenuarlos, como también el grado de avance, con los resultados obtenidos de las encuestas realizadas, tabuladas y analizadas sus respuestas. Cumplido lo anterior se da inicio a la presente Auditoría.

**1.5.FICHA TÉCNICA**

	<b>DESCRIPCION</b>
<b>OBJETIVO</b>	Evaluar la Gestión del Riesgo en la que se asegure la administración apropiada de los Riesgos Institucionales, y la debida ejecución de los controles de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana.
<b>DISEÑO Y REALIZACIÓN</b>	Las encuestas han sido desarrolladas y diseñadas por el equipo profesional de Control Interno, para ello se ha tenido como base la MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL III TRIMESTRE VIGENCIA 2022, la Auditoría a los Riesgos Institucionales y la Guía de Riesgos de la Función Pública. Se hará uso de la herramienta de intranet / Aplicación Sistema de Gestión Integral "ALMERA" - Encuestas de Control Interno.
<b>UNIVERSO</b>	Directores, Subdirectores, Líderes de Proyecto, Líderes de los Procesos, Profesionales de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.
<b>TAMAÑO DE LA MUESTRA</b>	Conformada por: Directores, Subdirectores, Líderes de Proyecto, Líderes de los Procesos, Funcionarios de la Planta de Personal, Profesionales en Misión y/o Cooperados.
<b>MUESTREO</b>	Los Directores, Subdirectores, Líderes de Proyecto, Líderes de los Procesos, Profesionales a los que se les enviarán el enlace y/o link en donde se diligenciarán las encuestas; se les solicitará de manera escrita y/o correo electrónico la elaboración de las encuestas.
<b>LAS VARIABLES DE CONTROL DEL DISEÑO MUESTRAL</b>	Basados en el MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL del III Trimestre de la vigencia 2022 de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA, publicado en la página Web del Hospital y aprobado por Comité Institucional de gestión y Desempeño MIPG con acta sin número de fecha Octubre 06 de 2022; en donde se encuentran registrados veintiséis (26) procesos, Riesgos, causas y controles de los cuarenta (40) riesgos especificados. Para la población de la muestra se han realizado seis (6) preguntas con respecto a la capacitación y formación en riesgos, gestión y administración de los riesgos, controles y

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

	DESCRIPCION
	seguridad de la información - Ciberseguridad.
NIVEL DE CONFIANZA	Nivel de confianza del 95% y error $\pm$ 5% para el análisis global y con un error de $\pm$ 10% en el caso respuesta a los datos específicos.
TIPO DE ENCUESTA	Para cada uno de los integrantes de la población establecida se desarrolla una encuesta a responder electrónicamente en el aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA", con que cuenta la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana para dicho fin.
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	Encuestas que contiene en total seis (6) preguntas, de las cuales dos (2) son cerradas y cuatro (4) de respuesta abierta.
COMUNICACIÓN DE LA ENCUESTA y ENVIO	Se desarrollará enviando vía correo electrónico a través de Gmail, a cada uno a los que aplica las encuestas y/o está dirigida (ver tabla anexa), un correo direccionado con las directrices y Enlace o Link en donde pueden ingresar para diligenciar cada una de las encuestas; la elaboración, tabulación y resultados se realiza con el aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA", Encuestas de Control Interno de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA. Los resultados y análisis de las encuestas son parte integral de la AUDITORIA EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DEL RIESGO Y SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES ESTABLECIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL 2021, auditoría independiente y objetiva desarrollada según el Plan de Auditorias de Control Interno y el Plan de Acción en Salud PAS de la vigencia 2022.
FECHA DE APLICACIÓN DE LA ENCUESTA	Desde el 07 al 14 de Diciembre de 2022 será diligenciada por cada uno de los responsables de procesos que aplica la encuesta. Estará abierta para análisis de resultados hasta el 20 de Diciembre de 2022.
PROCESAMIENTO	Mediante aplicativo Sistema de Gestión Integral "ALMERA", Encuestas de Control Interno.
OBSERVACION	Las encuestas se realizan contemplando todos los aspectos de los Riesgos Institucionales, sus controles basados en el Proceso de Direccionamiento Estratégico, el programa de Gestión y Administración del Riesgo.

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

	DESCRIPCION
DIRECCIÓN ELABORACIÓN DIGITACION Y TABULACION	Jefe Oficina Control Interno – Yetica Jhasvelli Hernández Ariza. Profesional Especializado - María Clara Martínez Rubiano. Profesional Universitario - John Bonza Duque.

### 1.6. BASE LEGAL

- **Constitución Política de Colombia**, Artículo 23.
- **Ley 23 de 1981** - Código de Ética, la cual dicta normas sobre la ética médica aplicable a los profesionales de la salud que ejerce su profesión en Colombia. "La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinción de nacionalidad, ni de orden socioeconómico, racial, político o religioso. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que son inherentes".
- **Ley 87 de 1993** – Establece que todas las entidades Públicas debían organizarse e implementar sus propios procedimientos de evaluación y autoevaluación con miras a garantizar la integralidad y efectividad en el ejercicio de las funciones y el buen uso de los recursos públicos.
- **Decreto 1876 de Agosto de 1994** – Por el cual reglamenta los Artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994, en lo relacionado con las Empresas sociales de Estado. NOTA: Aclarado por el Decreto Nacional de 1995, en el sentido que el presente Decreto reglamenta los Artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993, Artículo 11 Numerales; 2) Discutir y aprobar los Planes de Desarrollo de la Empresa Social. 3) Aprobar los Planes Operativos Anuales. 10) Supervisar el cumplimiento de los planes y programas definidos para la Empresa Social.
- **Decreto 1537 de 2001** - Por el cual 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.
- **Decreto 1599 de 2005** - Por el cual se adoptó el Modelo Estándar de Control Interno – MECI para el estado Colombiano (MECI 1000:2005).
- **Ley 1474 de 2011** – Por el cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y efectividad del control de la Gestión Pública.
- **Decreto 943 de 2014** – Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno – MECI para el estado Colombiano, en el cual se determina las generalidades y estructura necesaria para establecer, implementar y fortalecer un Sistema de Control Interno en las entidades y organismos obligados a su implementación.

# OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

- **Decreto 1083 de 2015** - Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.
- **ISO9001 de 2015** - Norma Internacional promueve la adopción de un enfoque a procesos al desarrollar, implementar y mejorar la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos del cliente.
- **Decreto 612 de 2018** – Por medio del cual se fija la incorporación de los Planes Institucionales al Plan Operativo Anual de las entidades y la Implementación y seguimiento de los planes.
- **ISO31000 de 2018** - Norma Internacional para la gestión del riesgo. Al proporcionar principios integrales y directivas, esta norma ayuda a las organizaciones con su análisis y evaluación de riesgos.

## 2. DOCUMENTACION CONSULTADA DE RIESGOS

La documentación general de los riesgos de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana de acuerdo a la publicación realizada en el Sistema de Gestión Integral "ALMERA" se fundamentó en:

- Política de Administración de Riesgos, identificada con el Código 01DE06-V5 Aprobada en Noviembre 16 de 2021 del Proceso de Direccionamiento Estratégico.
- Planes de mejora ID 2303 e ID 2321.
- Manual Gestión del Riesgo, identificado con Código 01DE28-V1 del Proceso Direccionamiento Estratégico.
- Matriz de Riesgos Institucionales III Trimestre de 2022.
- Informes de Monitoreo a los Riesgos Institucionales 2022 elaborados por la Oficina Asesora de Planeación y Gestión de la Calidad que se encuentra publicado en la Página Web del Hospital.

## 3. RESULTADO DE LA TABULACION DE LAS ENCUESTAS

Con el objeto de establecer la gestión de los Riesgos Institucionales a III Trimestre de 2022 de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana, definida la responsabilidad de las líneas de defensa en el Modelo Estándar de Control Interno – MECI y tomando como referencia el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG; compromisos de la LINEA ESTRATÉGICA (Comité Directivo, Comité de Gestión y Desempeño Institucional, Comité Institucional de Control Interno) y de la PRIMERA LINEA (Líderes de Proyecto y Responsables de Procesos), se diseñó veintiséis (26) encuestas con un total de cuarenta (40) Riesgos; una encuesta para cada Proceso con sus correspondientes Riesgos Institucionales, Matriz de Riesgos a III Trimestre de 2022 que se encuentra publicada en la Página Web de Hospital. Las encuestas se encuentran soportadas en ficha



**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

#	NOMBRE ENCUESTA	RESPONSABLE	# Riesgo	RIESGOS 2022	ENLACE
4	Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Atención al Paciente Hospitalizado	LUISA ALEJANDRA PARDO RICO	4	Posibilidad de pérdida del potencial donante de órganos y tejidos debido a fallas administrativas y/o mantenimiento del donante	<a href="https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJiNjI4MwQyMIRkNTk0N2E3MTE4MwVvM2E3MjU1NGQyYzY2M5NGVvMTUwNGQzM2RmMicyN2UwYmY2NTg0YTgzliwiY29ubmVidGlvbil6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjlIMkYiLjB2RlIjoIQ0kyMDIyMDQifQ==">https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJiNjI4MwQyMIRkNTk0N2E3MTE4MwVvM2E3MjU1NGQyYzY2M5NGVvMTUwNGQzM2RmMicyN2UwYmY2NTg0YTgzliwiY29ubmVidGlvbil6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjlIMkYiLjB2RlIjoIQ0kyMDIyMDQifQ==</a>
			5	Posibilidad que en la atención de HOSPITALIZACION, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, causado por deficientes e insuficientes controles.	
			6	Posibilidad que las gestantes y puerperas tengan complicaciones en su situación clínica en las patologías hipertensión, hemorragia y sepsis por no proporcionar el tratamiento clínico pertinente debido a controles insuficientes o inadecuados.	
5	Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Atención al Paciente Quirúrgico	EILLEN MARYIBE MILLAN INFANTE	7	Posibilidad que en la atención quirúrgica, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, causado por deficientes e insuficientes controles propios y de otros proceso de apoyo.	<a href="https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJiMjUyNjg2YWU2YzYwNGNkY2E2ODJkNWYyY2RkMTc0NjgyNThiMWMwYzYk3YTQyMDhMDE4MmY1ODM5M2M4MmY4IiwuY29ubmVidGlvbil6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjlIMkYiLjB2RlIjoIQ0kyMDIyMDUifQ==">https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJiMjUyNjg2YWU2YzYwNGNkY2E2ODJkNWYyY2RkMTc0NjgyNThiMWMwYzYk3YTQyMDhMDE4MmY1ODM5M2M4MmY4IiwuY29ubmVidGlvbil6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjlIMkYiLjB2RlIjoIQ0kyMDIyMDUifQ==</a>
6	Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Atención al Usuario y su Familia	NUBIA DEL CARMEN GUERRERO PRECIADO	8	Posibilidad de que el HUS o sus sedes reciban sanciones, llamados de atención o se inicien investigaciones administrativas o disciplinarias, etc., por parte de Entes de control o instancias Judiciales por emitir respuestas inoportunas, no pertinentes y/o incompletas, debido a Fallas en la aplicación de los procedimientos y controles.	<a href="https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJlMzYwN2VmOTZkZWQxYjIwNTdiMDdiNDcxMDA3NWZlN2Y3YzJiMmRIMTE3Y2E3OTFIY2UxNmFmMDdmNzYwNDY3IiwuY29ubmVidGlvbil6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjlIMkYiLjB2RlIjoIQ0kyMDIyMDYifQ==">https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJlMzYwN2VmOTZkZWQxYjIwNTdiMDdiNDcxMDA3NWZlN2Y3YzJiMmRIMTE3Y2E3OTFIY2UxNmFmMDdmNzYwNDY3IiwuY29ubmVidGlvbil6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjlIMkYiLjB2RlIjoIQ0kyMDIyMDYifQ==</a>
7	Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Atención Farmacéutica	FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ ROA	9	Posibilidad que existan inconsistencias en el inventario físico respecto a los registros en el sistema de información Dinámica Gerencial por insuficientes o deficientes controles	<a href="https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiI0YmYzY2M2Q5ZmU2Mm1lOTdkYTcxMzQ0NWU0YTM1OTIiOTRiNDdkMzQwNzcwZTUwZTY4ODQzYjJmZTc2ZjIwNGYyY29ubmVidGlvbil6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjlIMkYiLjB2RlIjoIQ0kyMDIyMDYifQ==">https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiI0YmYzY2M2Q5ZmU2Mm1lOTdkYTcxMzQ0NWU0YTM1OTIiOTRiNDdkMzQwNzcwZTUwZTY4ODQzYjJmZTc2ZjIwNGYyY29ubmVidGlvbil6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjlIMkYiLjB2RlIjoIQ0kyMDIyMDYifQ==</a>
			10	Posibilidad de entrega inoportuna de medicamentos, dispositivos médicos e insumos a los servicios, por fallas administrativas, de comunicación y prestación, que impacten la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, causado por deficientes e insuficientes controles propios y de otros procesos.	
			11	Posibilidad de daño de los tejidos oculares y osteomusculares debido al inadecuado o insuficientes controles en su manejo desde su recepción hasta su entrega	



**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



**VERSIÓN:**  
1.0

**FORMATO: INFORME AUDITORIA  
INTERNA INDEPENDIENTE**

**CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1**

#	NOMBRE ENCUESTA	RESPONSABLE	# Riesgo	RIESGOS 2022	ENLACE
13	Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Esterilización	DIANA MARIA AREVALO ARISTIZABAL	18	Posibilidad que no se cumplan las condiciones de esterilización de los dispositivos médicos (Instrumental y ropa) debido a fallas en la interacción con los procesos proveedores por deficientes e insuficientes controles	<a href="https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJhNWVlYWI0OTU4ZDUxNTcyYmI4NWVlYmZmYTI0MWEyOTVhZGJkYjVhNTAwNWNIWZGkODMzYmQ3OGJhZDk5ZDQ0liwiY29ubmVjdGlvbi6lnNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYlMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdillMkYlLCJib2RlIjoIQ0kyMDlyMTMifQ==">https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJhNWVlYWI0OTU4ZDUxNTcyYmI4NWVlYmZmYTI0MWEyOTVhZGJkYjVhNTAwNWNIWZGkODMzYmQ3OGJhZDk5ZDQ0liwiY29ubmVjdGlvbi6lnNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYlMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdillMkYlLCJib2RlIjoIQ0kyMDlyMTMifQ==</a>
14	Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Facturación y Recaudo	MARIA ISABEL VEGA CARVAJAL	19	Posibilidad que la facturación de los servicios de salud prestados, no cuenten con los soportes requeridos por la ERP para su pago, debido a los Insuficientes y deficientes controles.	<a href="https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJhNWVlYWI0OTU4ZDUxNTcyYmI4NWVlYmZmYTI0MWEyOTVhZGJkYjVhNTAwNWNIWZGkODMzYmQ3OGJhZDk5ZDQ0liwiY29ubmVjdGlvbi6lnNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYlMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdillMkYlLCJib2RlIjoIQ0kyMDlyMTMifQ==">https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJhNWVlYWI0OTU4ZDUxNTcyYmI4NWVlYmZmYTI0MWEyOTVhZGJkYjVhNTAwNWNIWZGkODMzYmQ3OGJhZDk5ZDQ0liwiY29ubmVjdGlvbi6lnNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYlMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdillMkYlLCJib2RlIjoIQ0kyMDlyMTMifQ==</a>
15	Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Gestión de Bienes y Servicios	MIGUEL ANGEL LIÑEIRO COLMENARES	20	Posibilidad de una Inadecuada adjudicación en la contratación de bienes y servicios debido a fallas en la evaluación de requisitos generales y económicos.	<a href="https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJmOTNmZGQ3NWJmZiYwYTJjZWZmOTMxMDFZic5NTE3YzAyMjYzNmZmZGJiNWVhMjBkYiQwY2M5MDQ3NWJlYU0liwiY29ubmVjdGlvbi6lnNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYlMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdillMkYlLCJib2RlIjoIQ0kyMDlyMTUifQ==">https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJmOTNmZGQ3NWJmZiYwYTJjZWZmOTMxMDFZic5NTE3YzAyMjYzNmZmZGJiNWVhMjBkYiQwY2M5MDQ3NWJlYU0liwiY29ubmVjdGlvbi6lnNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYlMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdillMkYlLCJib2RlIjoIQ0kyMDlyMTUifQ==</a>
16	Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Gestión de la Calidad	LEONARDO DUARTE DIAZ	21	Posibilidad de Inoportunidad en el seguimientos a las acciones de mejora debido a la falta de cumplimiento de cronogramas	<a href="https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiI4YWE0ZWYwM2I2NTdjNTImODUxOTU3ZDA1NTUyYzk0ZWQwZTtkYmEyNDA2MzdmMTEzMzhiQDY1ZTNiOGVlYWI0liwiY29ubmVjdGlvbi6lnNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYlMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdillMkYlLCJib2RlIjoIQ0kyMDlyMTYifQ==">https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiI4YWE0ZWYwM2I2NTdjNTImODUxOTU3ZDA1NTUyYzk0ZWQwZTtkYmEyNDA2MzdmMTEzMzhiQDY1ZTNiOGVlYWI0liwiY29ubmVjdGlvbi6lnNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYlMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdillMkYlLCJib2RlIjoIQ0kyMDlyMTYifQ==</a>
17	Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Gerencia de la Información	LUIS AUGUSTO OLAYA PALACIOS	22	Posibilidad de pérdida de información del HUS y sus sedes, debido al inadecuado manejo de los sistemas de información e inconsistencia en la ejecución de los procedimientos para el manejo de la documentación	<a href="https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiI2MzU0NmM4ZTc2OGU2ZiBjNDQwNzNhMWVlOTg4OTlkY2JlYjZmYzYyIE4NGM0OTZlYmI0NTRlYmY1NWnkOGQ2liwiY29ubmVjdGlvbi6lnNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYlMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdillMkYlLCJib2RlIjoIQ0kyMDlyMTcifQ==">https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiI2MzU0NmM4ZTc2OGU2ZiBjNDQwNzNhMWVlOTg4OTlkY2JlYjZmYzYyIE4NGM0OTZlYmI0NTRlYmY1NWnkOGQ2liwiY29ubmVjdGlvbi6lnNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYlMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdillMkYlLCJib2RlIjoIQ0kyMDlyMTcifQ==</a>
18	Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Gestión de la Infraestructura	JEFFREY MANOLO TORRES VALADARES	23	Posibilidad que las obras de modernización del HUS y sus sedes aumenten en tiempo y costo debido a la falta o insuficiente control de estos factores	<a href="https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiI1NzhkZml2MzNmYTcyYTZmZiBhNjhhZTE5NGVlODVlN2Q5ODM0NjEwZjI2ZjE1NTI1Mzq4MmEwYTViNiU2Mzq4liwiY29ubmVjdGlvbi6lnNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYlMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdillMkYlLCJib2RlIjoIQ0kyMDlyMTcifQ==">https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiI1NzhkZml2MzNmYTcyYTZmZiBhNjhhZTE5NGVlODVlN2Q5ODM0NjEwZjI2ZjE1NTI1Mzq4MmEwYTViNiU2Mzq4liwiY29ubmVjdGlvbi6lnNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYlMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdillMkYlLCJib2RlIjoIQ0kyMDlyMTcifQ==</a>
			24	Inoportunidad en la respuesta al mantenimiento correctivo prioritario por insuficiente planeación debido a que no se siguen los procedimientos y la ausencia de suficientes controles	==

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

#	NOMBRE ENCUESTA	RESPONSABLE	# Riesgo	RIESGOS 2022	ENLACE
19	Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Gestión del Talento Humano	LUZ DARY RUIZ ROMERO	25	Posibilidad Que el Hospital responda solidariamente ante condenas y /o sanciones por Intermediación Laboral, por inadecuada Supervisión de los contratos suscritos con las empresas ocasionado por Novedades en la estructura estudios y documentos previos de la etapa precontractual	<a href="https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGl_rZXkiOIJlODFkODY2ZiRIOWUxN2ExYTU3ZDkxMmE1OTgxYjRhMzY3MjM3MjBhNzgyOGRiMjdmODUzOTgzMDc2MDQwOGMyYzJlIiwuY29ubmVjZGlvbW50ljoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjlIMkYlLCJjb2RlIjoIQ0kyMDIyMTkifQ==">https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGl_rZXkiOIJlODFkODY2ZiRIOWUxN2ExYTU3ZDkxMmE1OTgxYjRhMzY3MjM3MjBhNzgyOGRiMjdmODUzOTgzMDc2MDQwOGMyYzJlIiwuY29ubmVjZGlvbW50ljoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjlIMkYlLCJjb2RlIjoIQ0kyMDIyMTkifQ==</a>
			26	Posibilidad de contratación de personal que no se ajuste al perfil del cargo y/o manual de funciones definido por la institución, que incluye requisitos normativos y de calidad, debido a deficiencias en la definición técnica y fallas en el proceso de selección	
			27	Posibilidad de presentar deterioro en la salud de los trabajadores por incumplimiento de las recomendación o restricciones laborales	
			28	Posibilidad pérdidas económicas y/o sanciones por realizar pagos en nómina no justificados, valores a los cuales no se tiene derecho u omisión de pagos, producto de deficientes e insuficientes controles.	
20	Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Gestión de Tecnología Biomédica	JUAN CARLOS MOLINA GUEVARA	29	Posibilidad que las tecnologías biomédicas de tránsito rápido de las empresas y/o especialistas no cuenten con los mantenimientos y calibraciones por la no entrega suficiente y oportuna de la información y documentación requerida para la gestión adecuada de los equipos biomédicos causado del Insuficiente conocimiento de los impactos como eventos adversos, económicos y la acreditación del HUS y sus sedes	<a href="https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGl_rZXkiOIJmNmYyOTFIZThkNzY3MzY3MjM3MjBhNzgyOGRiMjdmODUzOTgzMDc2MDQwOGMyYzJlIiwuY29ubmVjZGlvbW50ljoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjlIMkYlLCJjb2RlIjoIQ0kyMDIyMTkifQ==">https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGl_rZXkiOIJmNmYyOTFIZThkNzY3MzY3MjM3MjBhNzgyOGRiMjdmODUzOTgzMDc2MDQwOGMyYzJlIiwuY29ubmVjZGlvbW50ljoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjlIMkYlLCJjb2RlIjoIQ0kyMDIyMTkifQ==</a>
21	Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Gestión Financiera	JOSE JAIME PINZON RIAÑO	30	Posibilidad de pago inoportuno de las obligaciones a proveedores de bienes o servicios por falta de requisitos contractuales para realizar el giro	<a href="https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGl_rZXkiOIlOZThhZDdlZTUzMDM3NzY3MzY3MjM3MjBhNzgyOGRiMjdmODUzOTgzMDc2MDQwOGMyYzJlIiwuY29ubmVjZGlvbW50ljoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjlIMkYlLCJjb2RlIjoIQ0kyMDIyMTkifQ==">https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGl_rZXkiOIlOZThhZDdlZTUzMDM3NzY3MzY3MjM3MjBhNzgyOGRiMjdmODUzOTgzMDc2MDQwOGMyYzJlIiwuY29ubmVjZGlvbW50ljoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29tJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdjlIMkYlLCJjb2RlIjoIQ0kyMDIyMTkifQ==</a>
			31	Posibilidad de omitir, presentar de forma inoportuna, incorrecta y/o sin los debidos soportes, los reconocimientos contables (Identificación, Clasificación, Medición y Registro) de los hechos económicos	
			32	Posibilidad de inconsistencia, manipulación o adulteración de cifras en los estados financieros que incidan en la toma de decisiones.	
			33	Posibilidad que la información contable no sea veraz o adecuada, por el desconocimiento o no aplicación de la política y procedimientos de los hechos económicos, por parte de las dependencias responsables de generarlos	

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

#	NOMBRE ENCUESTA	RESPONSABLE	# Riesgo	RIESGOS 2022	ENLACE
22	Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Gestión Jurídica	NEIDY ADRIANA TINJACA RUEDA	34	Posibilidad de habilitar proponentes sin el cumplimiento de los requisitos jurídicos en los procesos precontractuales por desconocimiento de la norma aplicable a cada proceso de contratación (Contratación y de proceso)	<a href="https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiI0YWMwZjkyZTEwZTM1ODQ1Y2ExYzUzNTMyODY4ZjExODIwNikxOGIwYjkyZDNIYTA1YzNjYWRhNGFkMmY2MzdlIiwY29ubmVjdGlvbiI6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdillMkYiLjJib2RlIjoIQ0kyMDlyMjIifQ==">https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiI0YWMwZjkyZTEwZTM1ODQ1Y2ExYzUzNTMyODY4ZjExODIwNikxOGIwYjkyZDNIYTA1YzNjYWRhNGFkMmY2MzdlIiwY29ubmVjdGlvbiI6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdillMkYiLjJib2RlIjoIQ0kyMDlyMjIifQ==</a>
23	Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Hotelería Hospitalaria	NELSY DEL PILAR FLOREZ CRUZ	35	Posibilidad de pérdida de usuarios durante su proceso de atención, debido a que los controles de seguridad no sean lo suficientemente efectivos	<a href="https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiI1ZDczNmJjOTdjZmNiMDU2OTM2NTg0NDUzYUwNDU4NzA2ZW5MIRmMzI3MWFJMTNhMGQ2MzUxMGE3YzRhMzE5IiwY29ubmVjdGlvbiI6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdillMkYiLjJib2RlIjoIQ0kyMDlyMjIifQ==">https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiI1ZDczNmJjOTdjZmNiMDU2OTM2NTg0NDUzYUwNDU4NzA2ZW5MIRmMzI3MWFJMTNhMGQ2MzUxMGE3YzRhMzE5IiwY29ubmVjdGlvbiI6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdillMkYiLjJib2RlIjoIQ0kyMDlyMjIifQ==</a>
			36	Posibilidad de fallas en la entrega de dietas al paciente, debido a Inconsistencias, causadas por la falta de adherencia y/o desactualización de procedimientos	
			37	Posibilidad que la dotación hotelera hospitalaria para usuario y colaboradores no sea suficiente y adecuada por que no se realiza su reposición ó arreglo, cuando se requiere, causado por una asignación presupuestal insuficiente y/o baja oportunidad.	
24	Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Imágenes Diagnósticas	YAMILE UBAQUE	38	Posibilidad que en la atención de Imágenes Diagnosticas , se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, causado por deficientes e insuficientes controles	<a href="https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJjOWM3ZTJin2FhYzYmM5YjZkMDE1NzZmYmUzZGYzYzhiY2FkZTI1MTEzNThiZjZiOTcxMTA3ZGNhNDNkZTQyMzBilIiwY29ubmVjdGlvbiI6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdillMkYiLjJib2RlIjoIQ0kyMDlyMjIifQ==">https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJjOWM3ZTJin2FhYzYmM5YjZkMDE1NzZmYmUzZGYzYzhiY2FkZTI1MTEzNThiZjZiOTcxMTA3ZGNhNDNkZTQyMzBilIiwY29ubmVjdGlvbiI6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdillMkYiLjJib2RlIjoIQ0kyMDlyMjIifQ==</a>
25	Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Investigación	GUILLERMO ALBERTO LEON GARCIA	39	Posibilidad de disminución de resultados de los proyectos de investigación de los especialidades clínicas por reducción o desaparición de los grupos y docentes investigadores, causado por fallas administrativas	<a href="https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiIyODkzNWQ0MwU4OGNhMTA4OWNiZTQ3ZGZm2FhMmQ4ZjY2ZmQwZmM5NGU3ZGQzNTY5N2Y0ZiAwYmFiMGwMwNzFhIiwY29ubmVjdGlvbiI6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdillMkYiLjJib2RlIjoIQ0kyMDlyMjIifQ==">https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiIyODkzNWQ0MwU4OGNhMTA4OWNiZTQ3ZGZm2FhMmQ4ZjY2ZmQwZmM5NGU3ZGQzNTY5N2Y0ZiAwYmFiMGwMwNzFhIiwY29ubmVjdGlvbiI6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdillMkYiLjJib2RlIjoIQ0kyMDlyMjIifQ==</a>
26	Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Referencia y Contrareferencia	WILLIAM EDUARDO GOMEZ GUEVARA	40	Posibilidad que en referencia y contra referencia, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, causado por deficientes e insuficientes controles	<a href="https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJiNTBhNDQ0NzVmNjcxMTIiYzA1MwQyODZhZTE2YWExY2QzZml4MjYwODRlYmFkMmFhZml1ODMyNmYxYzFzZmM2IiwY29ubmVjdGlvbiI6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdillMkYiLjJib2RlIjoIQ0kyMDlyMjIifQ==">https://e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiJiNTBhNDQ0NzVmNjcxMTIiYzA1MwQyODZhZTE2YWExY2QzZml4MjYwODRlYmFkMmFhZml1ODMyNmYxYzFzZmM2IiwY29ubmVjdGlvbiI6InNnaWh1c2FtYXJpdGFuYSIsImVuZHBvaW50IjoiaHR0cHMIM0EIMkYIMkZzZ2kuYWxtZXJhaW0uY29lJTJGc2dpJTJGYXBpJTJGdillMkYiLjJib2RlIjoIQ0kyMDlyMjIifQ==</a>

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

Cerradas las encuestas de Riesgos se registra las siguientes observaciones:

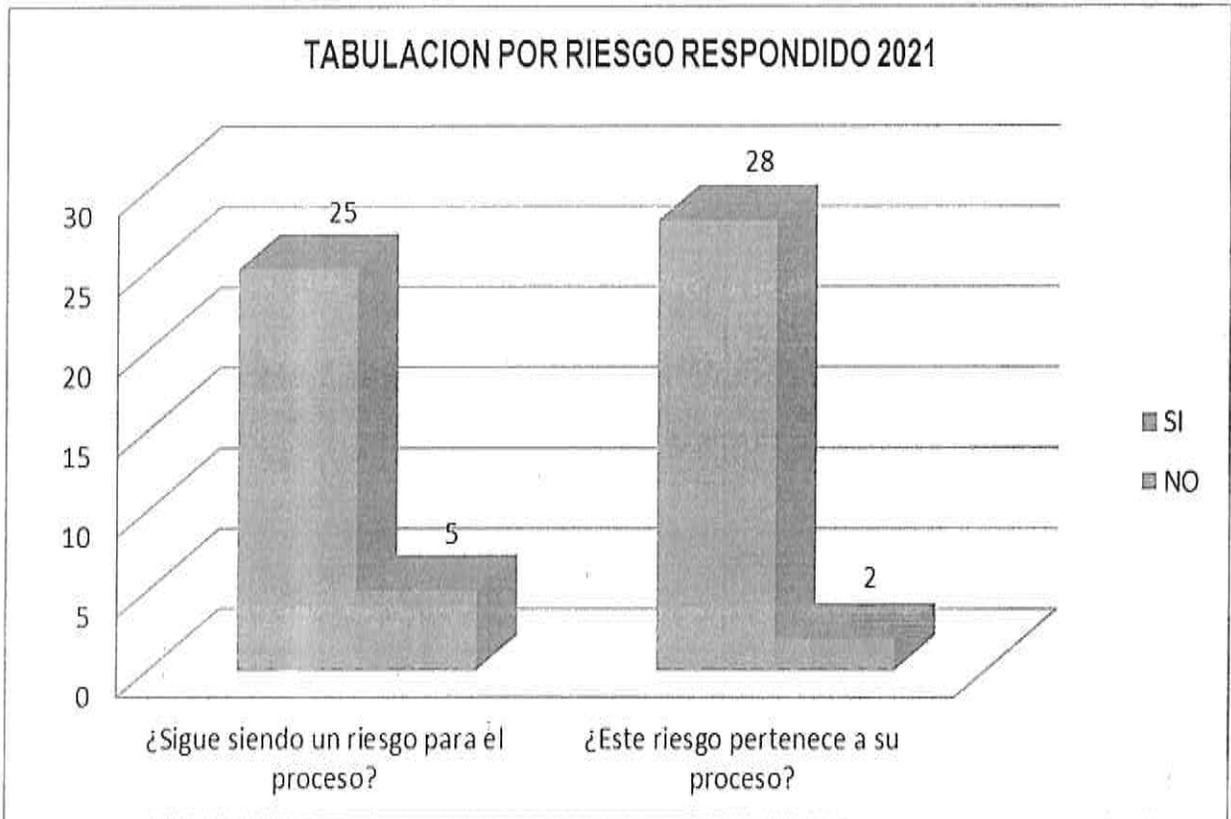
- Número de Encuestas diligenciadas, veinte (20)
- Número de Encuestas NO diligenciadas, seis (6)
- Número de Riesgos respondidos, treinta (30)
- Número de Riesgos NO respondidos, diez (10)
- Porcentaje Encuestas Diligenciadas por cada responsable de proceso fue del 77%

A los treinta (30) Riesgos que dieron respuesta a la pregunta:

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? El 83% respondió que SI, mientras que el 17% restante respondió que NO.

¿Este riesgo pertenece a su Proceso? El 93% respondió que SI, mientras que el 7% restante respondió que NO.

Datos por número de riesgos que se representan en la siguiente gráfica:



OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

En las siguientes cuatro (4) preguntas realizadas a los veintiséis (26) Procesos y que dieron respuesta solo veinte (20) procesos, se genera el siguiente resultado:

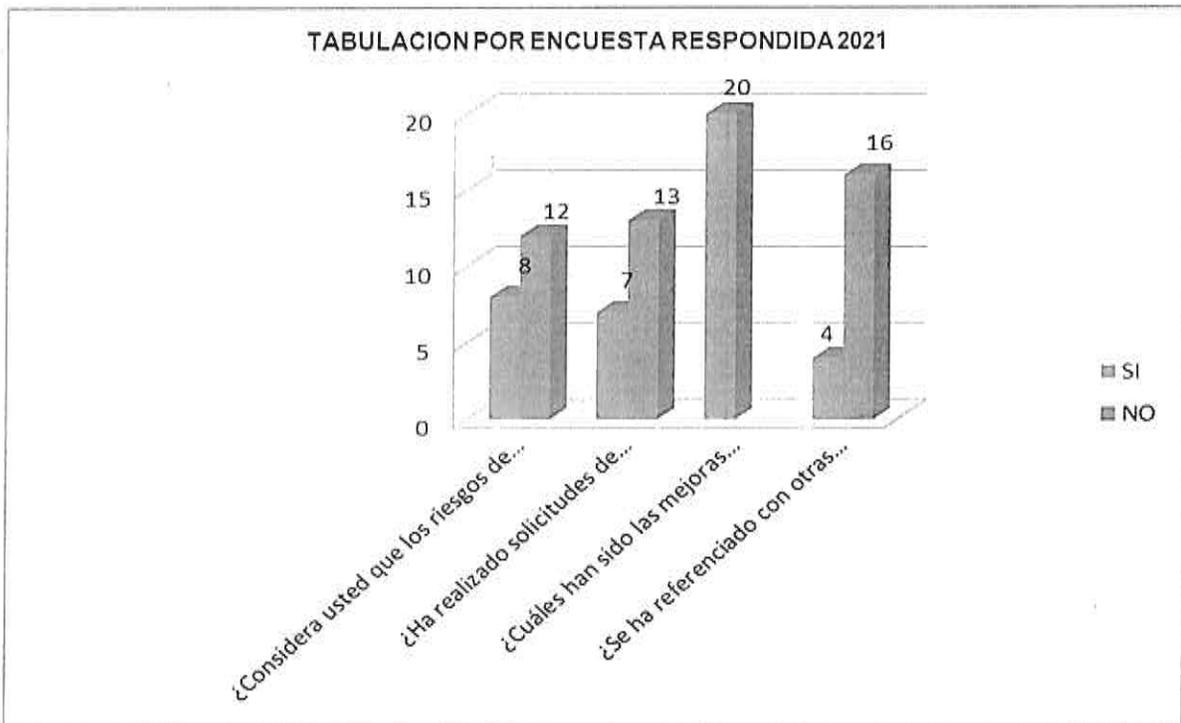
¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos? El 40% de los Responsables de Proceso respondió que SI, mientras que el 60% restante respondió que NO.

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso? El 35% de los Responsables de Proceso respondió que SI, mientras que el 65% restante respondió que NO.

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo? El 100% de los Responsables de Proceso relaciono las mejoras logradas.

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso? El 20% de los Responsables de Proceso respondió que SI, mientras que el 80% restante respondió que NO.

Datos por número de encuestas respondidas, que se representan en la siguiente gráfica:



OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

Una vez analizadas las respuestas entregadas con las Encuestas diligenciadas por los veinte (20) Responsables de Proceso, se puede concluir lo siguiente:

**PROCESO ATENCIÓN FARMACÉUTICA:**

En el Riesgo: *Posibilidad que existan inconsistencias en el inventario físico respecto a los registros en el Sistema de Información Dinámica Gerencial por insuficientes o deficientes controles.* Respondió a este Riesgo que NO sigue siendo un riesgo para el Proceso. Se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

**PROCESO BANCO DE SANGRE:**

En el Riesgo: *Posibilidad de no contar con componentes sanguíneos debido a la disminución de la captación de donantes de sangre por limitantes en la promoción.* Respondió a este Riesgo que NO sigue siendo un riesgo para el Proceso. Se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

**PROCESO DE DOCENCIA:**

En el Riesgo: *Posibilidad de una inadecuada prestación de los servicios de formación del nuevo talento humano en salud, por fallas administrativas, de comunicación y coordinación, con los clientes (universidades) y procesos asistenciales, causado por deficientes e insuficientes controles.* Respondió que NO sigue siendo este Riesgo del proceso NI tampoco pertenece a su proceso. Se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

**PROCESO ESTERILIZACIÓN:**

En el Riesgo: *Posibilidad que no se cumplan las condiciones de esterilización de los dispositivos médicos (Instrumental y ropa) debido a fallas en la interacción con los procesos proveedores por deficientes e insuficientes controles.* Respondió que NO sigue siendo un Riesgo para el proceso. Se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

**PROCESO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:**

En el Riesgo: *Posibilidad que en referencia y contra referencia, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, causado por deficientes e insuficientes controles.* Respondió que NO sigue siendo este Riesgo del proceso NI tampoco pertenece a su proceso.

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

Se sugiere reunión con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad para reasignar y/o replantear el riesgo citado.

#### 4. RIESGOS MATERIALIZADOS

Según Informe de Monitoreo realizado a los Riesgos Institucionales a III Trimestre de 2022 por la Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad, informa que los procesos donde se materializaron riesgos fueron: Proceso de Gestión al Paciente de Urgencias, Proceso de Laboratorio Clínico y Proceso de Imágenes Diagnósticas, por tal motivo se solicitó por medio de correo electrónico en diciembre 21 de 2022 para que informara si realizó Plan de Mejora y Controles a los riesgos materializados a III Trimestre de 2022, donde relaciona cinco (5) riesgos que se materializaron a IV Trimestre de 2022; continuación se relacionan los procesos, riesgos materializados y controles realizados a cada uno de ellos:

- **PROCESO ATENCIÓN FARMACÉUTICA**

*RIESGO: Posibilidad de generar indisponibilidad temporal de productos Farmacéuticos (Medicamentos y dispositivos médicos).* Algunas causas por la cual se materializo el riesgo fueron; desabastecimiento del producto en el mercado, retraso en la entrega de los pedidos por parte del proveedor, se realiza el análisis y se generan actividades a gestionar las cuales se encuentran en desarrollo en el Aplicativo de Gestión Integral "ALMERA", las cuales les hará el respectivo seguimiento el Líder de Seguridad del Paciente. **(Anotación informe Auditoría 2021).**

Riesgo Materializado que se encuentra en el 1er. y 2° Trimestre de 2022. Los controles aplicables se encuentran en los procedimientos "Selección de productos farmacéuticos" Código 02AF01-V3 y "Préstamo de medicamentos o dispositivos médicos a terceros" Código 02AF08-V1. No se realizó Plan de Mejora en ninguno de los dos trimestres, toda vez que no se relacionó el ID.

- **PROCESO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS**

*RIESGO: Posibilidad de extravasación de medio de contraste.* Se materializo por un paciente de acceso difícil venoso y con condiciones fisiológicas que aumentaron el riesgo, se genera plan de mejora identificado con ID2294 en el Aplicativo de Gestión Integral "ALMERA". **(Anotación informe Auditoría 2021).**

Riesgo Materializado correspondiente al 1er. Trimestre de 2022. Los controles aplicables se encuentran en el protocolo "Administración de medios de contraste y manejo de reacciones adversas" Código 03ID11-V4. No se realizó Plan de Mejora, toda vez que no se relacionó el ID.

# OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

- **PROCESO GESTIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS**

*RIESGO: Posibilidad de evento adverso o no resolutivez de la necesidad de salud durante la atención de los pacientes que demanden servicio de urgencias por no gestionar las fallas asistenciales o administrativas en los atributos relacionados (oportunidad, calidad, pertinencia, acceso, etc.) debido a deficientes o insuficientes controles.*

Riesgo Materializado correspondiente al 3er. Trimestre de 2022. Los controles aplicables se encuentran en los procedimientos "Triage (V 5.0)" Código 02PU02-V5 y "Atención inicial en el Servicio de Urgencias" Código 02PU04-V3.

- **PROCESO DE HOTELERÍA HOSPITALARIA**

*RIESGO: Posibilidad de hurtos o pérdida de bienes de la institución, elementos, bienes muebles, equipos, insumos, medicamentos, objetos personales, etc., por deficiencia e ineficacia de algunos mecanismos de seguridad en la institución, causado por la falta de un sistema estructurado de seguridad.* Riesgo materializado que no genero plan de mejora, pero se plantearon controles para ajustar el indicador que está vinculado al riesgo, como fue no cuantificar las solicitudes realizadas los fines de semana, indicador que se encuentra identificado con el número 1810 en el Aplicativo de Gestión Integral "ALMERA" y corresponde a "Porcentaje de cumplimiento al mantenimiento correctivo prioritario en el tiempo establecido (1 día)". **(Anotación informe Auditoría 2021).**

Riesgo Materializado correspondiente al 4° Trimestre de 2022. Los controles aplicables son: Empresa de vigilancia contratada, cámaras de vigilancia para monitoreo de las áreas, sistema biométrico para usuarios, pólizas de amparo de siniestros (Incluye daños, deterioro, pérdida y sustracción), acciones de repetición, ejecución actividades viabilizadas frente a ajustes de seguridad de infraestructura y en los procedimientos "Ingreso de colaboradores y estudiantes" Código 02HH05 e "Ingreso de pacientes y visitantes" Código 02HH06. Plan de mejora identificado con ID 2575 el cual tiene seis (6) actividades ejecutadas en un 41.67% con inicio en Noviembre 22 de 2022 y terminación en Abril 28 de 2023.

## 5. MEJORAS REPORTADAS POR PROCESO, DERIVADAS DE LA GESTIÓN DEL RIESGO

A la pregunta ¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo? El 100% de los Responsables de Proceso relaciono las mejoras logradas y derivadas de la Gestión del Riesgo. A continuación se relacionan las mejoras relacionadas en las respuestas entregadas por cada uno de los procesos que dieron respuesta a la encuesta;

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

**PROCESO APOYO DIAGNÓSTICO:**

- No presentar eventos adversos en el Laboratorio Clínico.
- Disminución en retoma de muestras.

**PROCESO ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO:**

- Mejor identificación de los riesgos.
- Control de las formas de materialización.
- Mejor aplicación de los controles existentes.
- Mayor claridad en el reporte trimestral de riesgos.
- Estabilización de los eventos adversos.
- Coordinación con las otras sedes para unificación y gestión del riesgo.

**PROCESO ATENCIÓN AL PACIENTE DE URGENCIAS:**

- Mejorar tiempo de atención de paciente clasificado como Triage II.
- Mejorar admisión e ingreso administrativo de paciente que ingresa a urgencias.

**PROCESO ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO:**

- Cero mortalidades maternas en el año 2022.
- Disminución en tiempo de proceso de egreso del paciente, logrando 2° lugar en Hospital Generador de Vida.

**PROCESO ATENCIÓN AL PACIENTE QUIRÚRGICO:**

- Disminución en la cancelación quirúrgica institucional por los controles redundantes implementados desde la programación quirúrgica.

**PROCESO ATENCIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA:**

- Adherencia al procedimiento de Gestión de PQRSD (atención al ciudadano).
- Monitoreo, evaluación y seguimiento a los controles del proceso de Atención al Paciente y su Familia, bajo los lineamientos de la política de Administración del riesgo.
- Programa de gestión y administración del riesgo y el procedimiento de administración del riesgo.
- No se materializo ningún riesgo

**PROCESO ATENCIÓN FARMACÉUTICA:**

- Identificación, crear barreras y gestión

**PROCESO AUDITORÍA Y CONTROL:**

- Se ha fortalecido el ejercicio del auditor implementando la metodología del as 4C.
- Encuestas de satisfacción y seguimiento en Almera de planes de mejoramiento.
- Capacitación al equipo auditor con el fin de elevar sus habilidades y evitar desviación en su trabajo.

**PROCESO BANCO DE SANGRE:**

- Adquisición de la Telemetría para minimizar la pérdida de la cadena de frio, por eso no se contempla como riesgo Ahora en el proceso.

**PROCESO DOCENCIA:**

- Adquisición Tics.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

**PROCESO ESTERILIZACIÓN:**

- Disminución de porcentaje de cancelación de los esterilizadores de acuerdo a solicitud de aplicación de filtros.

**PROCESO GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS:**

- Mayor confidencialidad en el desarrollo del proceso.

**PROCESO GERENCIA DE LA INFORMACIÓN:**

- Implementación servicios en la nube para respaldo de la información.

**PROCESO GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA:**

- Analizar de mejor manera los tiempos de ejecución de contratos para tenerlos en cuenta desde los estudios previos.
- Tener los insumos necesarios para dar respuesta oportuna a los requerimientos de correctivos críticos.
- Ajustar indicadores.

**PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO:**

- Verificación exhaustiva del ajuste a cada perfil de contratación de personal.
- Controles y responsables para el ingreso de las novedades de nómina.
- Mejoras en las adecuaciones de puestos de trabajo en higiene postural.
- Capacitaciones en estilo de vida saludable.

**PROCESO GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA:**

- Evaluación documental asociada a la parte precontractual de los contrato de productividad y el coordinador del proceso es el supervisor técnico de los contratos que incluyen tecnologías en apoyo tecnológico del proceso farmacéutico

**PROCESO GESTIÓN JURÍDICA:**

- Evitar materialización de los riesgos.

**PROCESO HOTELERIA HOSPITALARIA:**

- Seguridad del paciente frente a tener mobiliario nuevo para su atención.
- Monitoreo de áreas para mejorar la seguridad.

**PROCESO IMÁGENES DIAGNÓSTICAS:**

- Disminución del porcentaje de reprogramación.

**PROCESO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:**

- Activación del módulo de referencia para el registro de las remisiones desde el Hospital.

**6. EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES DE LA MATRIZ INSTITUCIONAL DE RIESGOS 2022**

**6.1. CALIFICACIÓN DEL CONTROL, Por parte de la oficina de control interno**

Teniendo en cuenta, que de manera general, todos los controles de la matriz de riesgos son preventivos y que la guía de administración del riesgo establece en la página 45, que el peso en la

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

evaluación de los controles preventivos es del 25% siendo el control que más pondera y que de manera general se observa que los controles descritos en la matriz de riesgos los cuales para conocerlos en la mayoría de las ocasiones se debe acudir a los documentos allí descritos, son en su mayoría manuales lo cual otorga un peso para su evaluación del 15%; se concluye que los controles de la entidad tienen una calificación promedio de 40% de un máximo alcanzable del 50%; lo cual indica que se alcanzó el 80% de la nota máxima alcanzable. Pese a que según la Guía de administración del riesgo, los atributos informativos de los controles, como documentación, frecuencia y evidencia no tienen incidencia directa en la efectividad del control por ende no se les asigna un peso porcentual en la evaluación, es importante que se tenga todas las descripciones de los controles en la matriz institucional de riesgos, a fin de facilitar la ejecución de los mismos.

La matriz de riesgos 2022 contiene 40 riesgos y 216 controles.

De los 40 riesgos identificados solo 4 de ellos enuncian que tienen incidencia estratégica pero no dicen a qué objetivo estratégico apunta, (Página 27, Guía de Administración del Riesgo DAFP).

De los 40 riesgos 5 de ellos están descritos en tipología de riesgo con incidencia financiera uno en el Proceso de Facturación y Recaudo y los otros 4 en el Proceso de Gestión Financiera.

En la columna de la matriz denominada sistema de riesgo se observa:

The screenshot shows an Excel spreadsheet titled "1. Matriz R" with columns labeled A through F. Column A is "PROCESO", B is "TIPO D PROCESO", C is "Número", D is "RIESGO", E is "SISTEMA DE RIESGO", and F is "TIPOLOGIA I RIESGOS". A filter menu is open over column D, showing options like "Ordenar de A a Z", "Filtrar por color", and a search box. The search results include "Estratégico", "Seguridad del Paciente", "Seguridad y Privacidad de la Información", "Estratégico", "Proceso", "Procesos", "Seguridad del Paciente", and "(Vacías)".

# OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO:</b> INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO:</b> 05AC01-V1
------------------------	--	--

En la matriz de riesgos en la columna tipología de riesgos se observa:

E6 SISTEMA DE RIESGO							
6	A PROCESO	B TIPO D PROCESO	C Número	D RIESGO	E SISTEM	F TIPOLOGIA I	G AGENT GENERAC
7				<ul style="list-style-type: none"> <li>Ordenar de A a Z</li> <li>Ordenar de Z a A</li> <li>Ordenar por color</li> <li>Generar filtro de TIPOLOGIA DE RIESGOS</li> <li>Filtrar por color</li> <li>Filtros de texto</li> <li>Buscar</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Relacionados con Fallos en Procesos</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Administrativo</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Financiero</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Información Crítica</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Jurídico</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Relacionados con Fallos en Procesos</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Relacionados con la Gestión de los R</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Relacionados con la Sangre o sus de</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Relacionados con los Dispositivos y E</li> </ul>			
14	Apoyo Diagnóstico	Misional	1	proceder... impacta la calidad del servicio y bienestar	Seguridad del Paciente	la selección de los Recursos o la Gestión	Interno Del proce

1. Matriz Riesgos INSTITUCIONALES III Trimestre 2022

E6 SISTEMA DE RIESGO									
6	A PROCESO	B TIPO D PROCESO	C Número	D RIESGO	E SISTEM	F TIPOLOGIA I	G AGENT GENERAC	H Formas de Materialización	I CAL
7				<ul style="list-style-type: none"> <li>Ordenar de A a Z</li> <li>Ordenar de Z a A</li> <li>Ordenar por color</li> <li>Generar filtro de TIPOLOGIA DE RIESGOS</li> <li>Filtrar por color</li> <li>Filtros de texto</li> <li>Buscar</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Financiero</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Información Crítica</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Jurídico</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Relacionados con Fallos en Procesos</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Relacionados con la Gestión de los R</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Relacionados con la Sangre o sus de</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Relacionados con los Dispositivos y E</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Relacionados con Trámites Administr</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> (Vacíos)</li> </ul>					
14	Apoyo Diagnóstico	Misional	1	proceder... impacta la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, causado por	Seguridad del Paciente	Recursos o la Gestión Organizacional	Interno. Del proceso	<p>Cuando novedades de seguridad del paciente son iguales o superiores a 60 relacionadas con las causas en un mes</p> <p>Errores en el análisis de la muestra</p> <p>Cuando se genere una PGR relacionada con las causas</p> <p>Errores en el análisis de la muestra</p> <p>Reporte diagnóstico</p> <p>Reporte diagnóstico</p> <p>Errores en el resultado (equivocado)</p> <p>Fallas almacenami o desempa Reactivos Diagnóstico</p> <p>Solididad mi o errónea</p> <p>CAUSAS</p>	

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

Lo que se evidencia en los pantallazos de las columnas tipología de riesgos y sistema de riesgos, en que la entidad debe ajustar las denominaciones a lo establecido en la página 36 de la guía de administración del riesgo del DAFP, la cual contiene esta clasificación de los riesgos:

Teniendo en cuenta que en la Tabla 2 se definieron una serie de factores generadores de riesgo, para poder definir la clasificación de riesgos, su interrelación es la siguiente:

Figura 12 Relación ente factores de riesgo y clasificación del riesgo



En la matriz hay 7 controles pertenecientes al proceso de atención al usuario y su familia, 3 controles del proceso atención farmacéutica, que no tienen definido sin son preventivos, correctivos etc. y por ende tampoco está la evaluación de esos controles en la matriz, uno está definido como NA del proceso banco de sangre y tampoco está evaluado ese control en la matriz.

**CALIFICACIÓN DEL DISEÑO DEL CONTROL ATRIBUTOS DE EFICIENCIA (PREVENTIVOS 25%, DETECTIVOS 15% CORRECTIVOS 10%), GUIA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS 2020 DEL DAFP**

Según la Matriz de riesgos institucionales 2022 todos los controles son preventivos, esto significa que en teoría deben cumplir con lo siguiente:

Va hacia las causas del riesgo y Aseguran el resultado final

Se observa que todos los tipos de controles son preventivos y que su calificación es fuerte salvo en 4 de ellos que fueron catalogados como débiles.

**CALIFICACIÓN DEL DISEÑO DE LOS CONTROLES ATRIBUTOS DE IMPLEMENTACIÓN (AUTOMÁTICOS 25%, MANUALES 15%)**

Principio número 10 del COSO. Controles manuales, automatizados, preventivos, detectivos. En la matriz de riesgos objeto de evaluación no se discrimina si los controles son manuales o automáticos.

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

No se establece en la matriz institucional de riesgos 2022, si los controles allí establecidos son automáticos o manuales, máxime teniendo en cuenta que los controles que se relacionan son en general procedimientos, guías, manuales, que a su vez contienen muchas actividades descritas, en algunos de ellos se enuncia que actividades de estos procedimientos, guías o manuales son las que específicamente ayudan a mitigar el riesgo, pero no se hace en todos los controles. Por lo anterior, es importante que esta identificación de la implementación de los controles se haga en la matriz de riesgos institucional.

La entidad debe avanzar identificando la forma de implementación de sus controles, apuntando a que en la medida de su utilidad, esta implementación sea automática de esta manera la eficiencia de los mismos se incrementará y la calificación se elevará.

De 216 controles 97 describen un documento general sin enunciar las tareas que apuntan directamente al evento de riesgo.

El proceso de atención al paciente quirúrgico tiene los controles bien definidos y descritos lo que indica que si es posible hacer un trabajo similar en los demás procesos.

Llama la atención que el proceso de gestión financiera tiene 4 riesgos y ninguno de ellos se relaciona con la cartera de difícil cobro, deterioro de cartera, sobre ejecución de contratos de prestación de servicios de salud / subdirección de mercadeo, liquidación de EPS etc.

El riesgo 13 bancos de sangre, no tiene controles

**CALIFICACIÓN ATRIBUTOS INFORMATIVOS DEL CONTROL: DOCUMENTACIÓN, FRECUENCIA Y EVIDENCIA**

Estos atributos no tienen una incidencia directa en la efectividad del control según lo establecido en la página 46 de la guía de administración de los riesgos 2020 del DAFP.

También se observa que los controles establecidos en la matriz no tienen claramente definidos aspectos como: EL REGISTRO, LA AUTORIZACIÓN Y LA APROBACIÓN

Se observa que los controles en su mayoría se encuentran documentados y enunciados en procedimientos y otros documentos a los cuales se debe acudir para vislumbrar dentro de ellos cuales actividades pueden constituir o no un control para el evento de riesgo descrito y de esta manera poder determinar si coinciden con las formas de materialización del riesgo y las causas del mismo descritas en la matriz institucional de riesgos 2022. De igual manera, la frecuencia y la evidencia de estos controles estará o no descrita en los procedimientos enunciados, por lo cual se recomienda ser puntuales en la descripción del control con el fin de que el mismo tenga un diseño adecuado en cuanto a la documentación, frecuencia y evidencia.

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

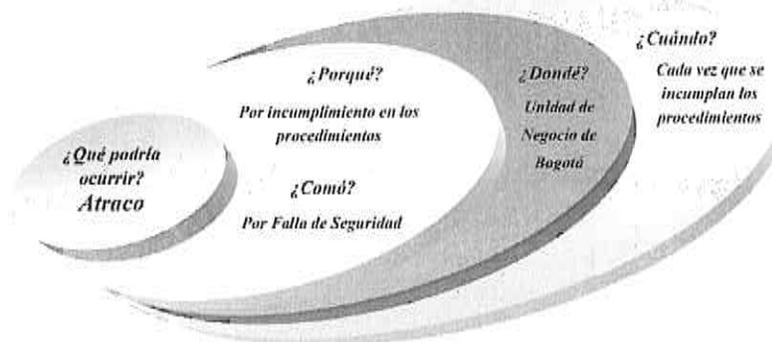


VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

Observaciones a la identificación de riesgos.



Identificación del Riesgo



Se observan deficiencias en la descripción del riesgo, así: inicia la descripción del riesgo con la palabra posibilidad y no con probabilidad, la cual implica que la entidad ha documentado y medido que algo así ocurra dentro del proceso, que esa documentación es la que justifica que este dentro de los riesgos institucionales.

En la descripción de muchos de los riesgos de la matriz se describe El cómo del evento de riesgo de la siguiente manera: "Por fallas administrativas, de comunicación y prestación, que impacten la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, causado por deficientes e insuficientes controles propios y de otros procesos"

No queda claro en la identificación del riesgo columna D, el por qué, el cómo y el cuándo, ver página 32 de la guía de administración del riesgo del DAFF.

A continuación de desglosa una de las redacciones de identificación columna D, más usadas en la matriz de riesgos 2022 y trataremos de separar sus partes con el fin de verificar si su identificación es clara:

**Riesgo Proceso de Atención Farmacéutica.**

*PRIMERA PARTE DE LA IDENTIFICACIÓN DEL EVENTO RIESGO. Posibilidad de entrega inoportuna de medicamentos, dispositivos médicos e insumos a los servicios,*

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

Nota: la palabra posibilidad no es adecuada para la identificación de un riesgo, en teoría todo puede suceder sin embargo, solo se gestionan los riesgos que según los datos de la entidad tengan probabilidad de ocurrir y esto lo debe tener claro cada líder de proceso, no se trata de poner riesgos en un documento tan importante, que en realidad no se presentan, dejando por fuera eventos de riesgo que en realidad tienen impacto y que si amerita tenerlos en un documento para gestionarlos, por ejemplo el riesgo de la sobre ejecución de contratos de farmacia es real tangible pero no está descrito acá; así en general se observa que lo que se llevó como riesgos a la matriz institucional de riesgos 2022 para su manejo y control en varios de los procesos como farmacia y financiera no son los riesgos más relevantes que se deben trabajar en la entidad, lo cual deja fuera del foco lo verdaderamente importante para el bienestar de la entidad.

*SEGUNDA PARTE DE LA IDENTIFICACIÓN DEL EVENTO RIESGO. Por fallas administrativas, de comunicación y prestación,*

Nota: El cómo aquí descrito no ayuda a identificar el riesgo, es general, se debería considerar una redacción diferente pues en la casilla de formas de materialización del riesgo si enuncian el cómo, así que la oficina de planeación deberá ajustar esta redacción que aparece en muchos de los riesgos identificados.

*TERCERA PARTE DE LA IDENTIFICACIÓN DEL EVENTO RIESGO. Que impacten la calidad del servicio y bienestar de los usuarios,*

Nota: **Las consecuencias** están descritas de manera general, en muchos de los riesgos se pone este mismo enunciado, la oficina de planeación deberá decidir si ajusta la redacción o en la columna D de riesgo deja solo la descripción del evento de riesgos, ya que el complemento que le están poniendo en nada ayuda a la identificación del riesgo y perjudica la identificación de los demás aspectos contenidos en las columnas de FORMAS DE MATERIALIZACIÓN, CAUSAS Y CONSECUCIONES.

*CUARTA PARTE DE LA IDENTIFICACIÓN DEL EVENTO RIESGO causado por deficientes e insuficientes controles propios y de otros procesos.*

Nota: El **porqué** del riesgo lo encontramos descrito de una manera general, en muchos de los riesgos donde se pone este mismo enunciado, sin embargo en la columna de las causas se da más luces sobre este aspecto, así que la oficina de planeación deberá decidir si ajusta la redacción o en la columna D de riesgo deja solo la descripción del evento de riesgo, ya que el complemento que le están poniendo en nada ayuda a la identificación del riesgo y perjudica la identificación de los demás aspectos contenidos en las columnas de FORMAS DE MATERIALIZACIÓN, CAUSAS Y CONSECUCIONES.

Nota: es importante que se recuerde lo que NO ES UN RIESGO así:

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

Una debilidad del control • Falencia de la compañía • Inadecuada gestión de los recursos • Causas • Impactos Riesgo no es la negación del objetivo El no tener o no hacer no es un riesgo es una debilidad en la gestión Insuficiencia, falencia de....., inoportunidad, etc.

Según el DAFP, en la guía de gestión del riesgo se define un riesgo como:

Efecto que se causa sobre los objetivos de las entidades, debido a eventos potenciales.

Nota: Los eventos potenciales hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos.

**PROBABILIDAD**

El lenguaje que se usa para describir la probabilidad del riesgo antes y después del control es poco técnica, se usa: casi seguro, probable, posible, raro, improbable. Se recomienda ver el numeral 2.19 de la norma ISO 31000 2018

Se recomienda usar expresiones como: IMPROBABLE, REMOTO, OCACIONAL, FRECUENTE, INMINENTE, PROBABLE.

En cuanto a la probabilidad, para evitar bases subjetivas lo mejor es buscar Fuentes de información y técnicas disponible para el análisis de la consecuencia y probabilidad CONSECUENCIA & PROBABILIDAD a) Registros históricos b) Experiencias significativas c) Práctica de la industria y experiencia d) Literatura publicada relevante e) Pruebas de mercadeo e investigación de mercados f) Experimentos y prototipos g) Modelos de Economía, ingeniería y otros h) Opiniones de especialistas y expertos i) Grupos interdisciplinarios.

Según la guía de administración del riesgo:

Página 58. Algunas fuentes para establecer una base histórica de eventos pueden ser: Mesa de ayuda Las PQRD (peticiones, quejas, reclamos, denuncias) □ Oficina jurídica □ Líneas internas de denuncia Este mecanismo genera información para que el evento no se vuelva a presentar, así mismo, es posible establecer el desempeño de los controles así: Desempeño del control= # eventos / frecuencia del riesgo (# veces que se hace la actividad)

**TRATAMIENTO DEL RIESGO / OPCIONES PARA ABORDAR EL RIESGO**

En la matriz de riesgos institucionales 2022, el tratamiento del riesgo después de los controles es el de: Reducir el riesgo y asumir el riesgo.

Tener en cuenta: No 6.12 Iso 9001 .2015. OPCIONES PARA ABORDAR EL RIESGO: Evitar, asumir, compartir, eliminar, transferir, cambiar la probabilidad de consecuencias, compartir el riesgo o mantenerlo mediante decisiones informadas.

# OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

La guía de administración del riesgo trae como opciones de tratamiento del riesgo, reducir, transferir, aceptar, mitigar, evitar.

En la página 56 de la guía de administración de riesgos, se contempla un formato para la elaboración de planes de acción para la opción de tratamiento de REDUCIR EL RIESGO, se recomienda hacer uso de estas herramientas

## RIESGO RESIDUAL / ZONA DE RIESGO

Todos los riesgos de la matriz institucional conservan la misma zona de riesgo luego de los controles

## 7. CONCLUSIONES

Los riesgos que se encuentran registrados y publicados en la Matriz de Riesgos Institucionales III Trimestre vigencia 2022, En promedio el 12% de los riesgos, los responsables de los procesos que respondieron las encuestas indicaron que NO pertenecen y/o NO siguen siendo un riesgo de su proceso, es decir que el 88% manifestaron que los riesgos se encuentran descritos de manera adecuada a cada uno de los procesos que respondieron la encuesta.

A continuación se relacionan algunos riesgos que se concluye que se deben incluir en la Matriz de Riesgos Institucionales ya que de una manera u otra pueden afectar la sostenibilidad del Empresa Social del Estado hospital Universitario de la Samaritana:

- ✓ Riesgo de Liquidación de Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EPS).
- ✓ Riesgo de radicación inoportuna ante las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EPS).
- ✓ Riesgo de NO cobro de cartera mayor a 360 días sea por gestión normal o mediante demandas jurídicas.
- ✓ Riesgo de desabastecimiento de medicamentos por factores internos, como falta de solicitud oportuna de adiciones a los contratos por parte de los supervisores previendo el tiempo que se invierte cada año en la nueva contratación, aumentando los préstamos a otras entidades sin soporte (Prueba de ello está la visita realizada por la Secretaria de Salud del distrito en mayo de 2022 donde se ve reflejado en el acta realizada).
- ✓ Riesgo de sobre ejecución de contratos por prestación de servicios (Convida) o contratos con proveedores (Farmacia, Auditoría seguimientos 2021).
- ✓ Riesgo de pérdida operacional de las sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá (Informe del Director de la sede HR Zipaquirá al Concejo Municipal en el mes de Noviembre)
- ✓ Riesgo de NO cobro de cartera una vez pasa a deterioro de acuerdo a la norma.

# OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

- ✓ Riesgo a que los funcionarios en misión de las sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá NO se alineen y/o NO informe a tiempo de los acontecimientos que tengan implicaciones legales y económicas (Ver acta Comité Conciliaciones de Noviembre 22 de 2022 "Caso mujer embarazada fallecida").
- ✓ Riesgo de desinformación de los funcionarios en misión de las sedes del Municipio de Zipaquirá que consideran que existe un Hospital llamado "hospital regional" cuando solo existe una personería jurídica con Nit 899999032-5 y una sola razón social que es la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Samaritana, Error que viene desde la denominación del cargo de Director de regional.
- ✓ Riesgo a la falta de mercadeo para generar contratación de prestación de servicios de salud y por ende las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EPS) contraten como mínimo el 60% con la red Pública, como dicta la norma.
- ✓ Riesgo de fuga de conocimiento por la alta rotación de personal en misión que el Hospital capacita y renuncian sin retribuir al hospital una vez son capacitados, (Debe ser contratado con el perfil requerido).
- ✓ Riesgo de NO tener precios competitivos de los servicios que se prestan en la Empresa Social del Estado y las sedes ubicadas en el Municipio de Zipaquirá por NO tener una base de costos terminada.
- ✓ Riesgo de desequilibrio económico por depender de una sola EPS como fue Convida.
- ✓ Riesgo por no dar cumplimiento a la norma de Austeridad del Gasto (Ver Auditoría de Agosto de 2022 donde no se elaboró Planes de Mejoramiento).
- ✓ Riesgo de pérdida de recurso al NO contratar a todos los servicios por productividad, la excepción a esta regla debe ser mínima y justificada.
- ✓ Riesgo de salud mental a todos los funcionarios y colaboradores que en esencia son cuidadores "CUIDAMOS" quienes no cuentan con oferta interna de terapeutas a los que pueden consultar cuando se sientan agobiados, lo cual detona en atención hostil al cliente externo como interno.
- ✓ Riesgo de demandas por el incumplimiento de la temporal y/o falta de seguimiento por parte del interventor o supervisor del contrato. (Evidencia Pólizas que el hospital hizo efectivas, Informe al Concejo municipal que entrego el Director de la Sede HR de Zipaquirá).
- ✓ Riesgo de incumplimiento de los temas clínicos principales como son: Giro cama, Infecciones, Mortalidad, etc.

# OFICINA DE CONTROL INTERNO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

## 8. RECOMENDACIONES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA RECOMENDACIÓN
A	<p><b>CONDICIÓN:</b> Analizados los riesgos que se materializaron de los Procesos de la Dirección Científica y como causa de materialización fue "CAUSA NO ERA PREVENIBLE", se sugiere evaluar con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad si los riesgos por esta causa se podrían tipificar como eventos adversos y/o riesgo en salud (Definición OMS). Lo anterior porque de esta manera se aumenta el porcentaje de materialización de los Riesgos de la Matriz Institucional.</p> <p><b>CRITERIO:</b> Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, Decreto 943 de 2014, Decreto 1083 de 2015, Decreto 612 de 2018</p> <p><b>CAUSA:</b> Inadvertencia de los Riesgos materializados se podrían tipificar como eventos adversos y/o riesgos en salud.</p> <p><b>EFECTO:</b> Incremento en la posibilidad de aumento de la materialización de los riesgos.</p>
B	<p><b>CONDICIÓN:</b> La Oficina de Planeación y Garantía de la Calidad debe actualizar permanentemente la Matriz de Riesgos Institucionales, según monitoreo que realiza trimestralmente, donde se identifican los riesgos materializados.</p> <p><b>CRITERIO:</b> Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, Decreto 943 de 2014, Decreto 1083 de 2015, Decreto 612 de 2018</p> <p><b>CAUSA:</b> Demoras en la actualización y publicación de la Matriz de Riesgos Institucionales</p> <p><b>EFECTO:</b> Posibilidad de no tomar decisiones y acciones de mejora con los resultados del monitoreo realizado.</p>
C	<p><b>CONDICIÓN:</b> Se hace necesario que a La Matriz de Riesgos Institucionales de cada vigencia se lleven, luego de un análisis de frecuencia, probabilidad e impacto, los riesgos de mayor relevancia e importancia.</p> <p><b>CRITERIO:</b> Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, Decreto 943 de 2014, Decreto 1083 de 2015, Decreto 612 de 2018</p> <p><b>CAUSA:</b> Debilidad en análisis de frecuencia, probabilidad e impacto de riesgos registrados en la matriz</p> <p><b>EFECTO:</b> Inefectividad que el riesgo no cumpla con el propósito por el que fue registrado en la matriz.</p>
D	<p><b>CONDICIÓN:</b> Los siguientes procesos; Facturación y Recaudo, Gestión de Bienes y Servicios, Gestión de la Calidad, Gerencia de la Información, Hotelería Hospitalaria, Referencia y Contrareferencia, Atención Farmacéutica, Atención al paciente Hospitalizado, Atención al paciente Quirúrgico y Banco de Sangre, reportaron haberse referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas, derivadas del manejo de los riesgos, estos deberán allegar copia del informe de referenciación radicado en la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad, según los parámetros internos establecidos, informar el Plan de Mejora adoptado a partir de la referenciación y socializarlo en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.</p> <p><b>CRITERIO:</b> Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, Decreto 943 de 2014, Decreto 1083 de 2015, Decreto 612 de 2018</p> <p><b>CAUSA:</b> Falta los informes finales correspondiente de referenciación, según parámetros Internos establecidos, como también su socialización al Comité Institucional de gestión y Desempeño</p> <p><b>EFECTO:</b> Inefectividad e incumplimiento de la norma interna en la entrega de informes de referenciación al Comité Institucional de Gestión y Desempeño.</p>

**OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA**



<b>VERSIÓN:</b> 1.0	<b>FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE</b>	<b>CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1</b>
------------------------	---	--

Las siguientes recomendaciones plasmadas en el Informe de Auditoría de la vigencia 2021 son levantadas dado que al momento de realizar la presente auditoria ya fueron subsanadas y/o corregidas durante la presente Auditoría.

e. Presentar trimestralmente en Comité Institucional de Gestión y Desempeño el monitoreo elaborado por la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad a los riesgos, informando la gestión realizada con los que se materializaron. Presentar los avances del programa derivado de la Política de Gestión del Riesgo de la entidad.

g. Los siguientes procesos; Docencia, Facturación y Recaudo, Gestión Financiera, Atención al paciente Ambulatorio y Urgencias, reportaron uno (1) o más riesgos que NO pertenecen a sus procesos pese que en el momento aparecen a su cargo, deberán reunirse con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad y dejar un acta de revisión y/o ajuste de los mismos.

h. Los siguientes procesos; Facturación y Recaudo, Gestión de Bienes y Servicios, Gestión Financiera, Referencia y Contrareferencia y Atención al paciente Ambulatorio, reportaron que algunos de los riesgos a su cargo consideran que ya NO lo son para el proceso, por lo que deberán reunirse con la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad y dejar en acta solicitud de exclusión de ese o esos riesgos de la Matriz de Riesgos Institucionales.

i. Los siguientes procesos; Docencia, Esterilización, Facturación y Recaudo, Gestión de Bienes y Servicios, Gestión de la Calidad, Gestión de la Información, Gestión del Talento humano, Gestión Financiera, Gestión de la Infraestructura, Hotelería Hospitalaria, Imágenes Diagnósticas, Referencia y Contrareferencia, Atención Farmacéutica, Atención al paciente Ambulatorio, Urgencias, Banco de Sangre y Desarrollo de Servicios, consideraron que sus riesgos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología, deben incluir en su PUMP las actividades destinadas a tal fin, enunciar claramente cuál es la tecnología que necesitan y hacer la gestión necesaria para la adquisición, según los procedimientos internos del hospital.

j. Los siguientes procesos; Docencia, Apoyo Diagnóstico, Esterilización, Facturación y Recaudo, Gestión de la Información, Gestión Financiera, Gestión de la Infraestructura, Hotelería Hospitalaria, Imágenes Diagnósticas, Referencia y Contrareferencia, Atención Farmacéutica y Banco de Sangre, que ya hicieron solicitudes de compra para adquirir tecnología para ayudar a controlar los riesgos de sus procesos, deberán informar a la Oficina Asesora de Control Interno con copia para la Oficina Asesora de Planeación y Garantía de la Calidad y a Gerencia, el detalle de la tecnología adquirida y/o el estado del trámite de la adquisición y las mejoras logradas hasta el momento gracias a esa tecnología.

OFICINA DE CONTROL INTERNO  
INFORME DE AUDITORÍA INTERNA



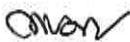
VERSIÓN: 1.0	FORMATO: INFORME AUDITORIA INTERNA INDEPENDIENTE	CODIGO DEL DOCUMENTO: 05AC01-V1
-----------------	---	---------------------------------

k. Los siguientes procesos; Apoyo Diagnóstico, Gestión de Tecnología Biomédica e Imágenes Diagnósticas, NO reportaron mejoras derivadas de la Gestión del Riesgo, deberán reportarlas y documentarlas antes de la entrega del Informe Final de Auditoría.

Las recomendaciones que no presentaron actividades o soportes donde se pudiese evidenciar que se subsanaron al cierre del presente Informe de Auditoría quedan en firme para hacer el seguimiento respectivo y verificar si los responsables de procesos les realizaron Plan de Mejoramiento o se subsanaron con actividades, a lo cual deberán presentar los soportes físicos o evidenciar su respectiva Gestión en la próxima Auditoría.

**SOLICITUD:** Las recomendaciones registradas anteriormente en este Informe de Auditoría, que requieran Plan de Mejoramiento, deben quedar plasmados conforme se enuncian, NO deben ser modificados de una manera total ni parcial.

El presente informe de Auditoría es de carácter institucional, la verificación se realiza a información mínima publicada en el sitio WEB de propiedad de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA e Intranet, si bien es cierto que la información está bajo la responsabilidad de cada uno de los funcionarios públicos, no puede ser de carácter individual ni tampoco personal, por lo tanto las observaciones y/o hallazgos aquí registrados, como los Planes de Mejoramiento a que dé lugar esta Auditoría son de carácter Institucional.

  
MARIA CLARA MARTINEZ RUBIANO  
Profesional Especializado

  
JOHN BONZA DUQUE  
Profesional Universitario

  
YETICA JHASVELLI HERNANDEZ ARIZA  
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Bogotá, D.C. Diciembre 22 de 2021

Anexo: Veinte (20) Encuestas con sus respuestas, en veinte (20) folios.



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA

*Empresa Social del Estado*

Hospital Universitario de la Samaritana  
Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Apoyo Diagnóstico  
ID#42324

La gestión o administración del Riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los Riesgos.

**RIESGO: Posibilidad que en la atención del laboratorio clínico, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, causado por deficientes e insuficientes controles propios y de otros procesos.**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI ✓

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI ✓

## PREGUNTAS PARA EL RESPONSABLE DEL PROCESO

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

SI ¿Cual? Manejo de identificación de paciente con manillas con código de barras, Transporte de muestras por medio de tubos neumáticos.

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

SI ¿Cual?: Elementos de Sistemas de venopunción que faciliten la toma de muestras en pacientes de acceso venoso difícil, Contratación de software de Laboratorio que genera identificación de muestras de laboratorio de muestras, aplicación de manejo de control de calidad analítico y seguimiento a control de calidad Interno y externo a todas las pruebas, comunicación bidireccional de los analizadores, revisión de históricos de resultados, Comunicación de software de laboratorio y software institucional

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

RELACIONAR MEJORAS ¿Cual?: No presentar eventos adversos en el laboratorio Clínico, Disminución en retoma de muestras

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:



La Gestión o administración del Riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los Riesgos.

**RIESGO: Posibilidad que en la atención de Consulta Externa, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, causado por deficientes e insuficientes controles propios y de otros proceso de apoyo.**

¿Sigue siendo un riesgo para el Proceso? SI ✓

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI ✓

## PREGUNTAS PARA EL RESPONSABLE DEL PROCESO

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

SI ¿Cual?: Ajustes y/o actualización al modulo de citas de DGH

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

SI ¿Cual?: Ajustes a DGH, solicitado al área de Sistemas para SYAC

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

RELACIONAR MEJORAS ¿Cual?: mejor identificación de los riesgos / control de las formas de materialización mejor aplicación de los controles existentes/ mayor claridad en el reporte trimestral de riesgos/ estabilización de los eventos adversos/ coordinación con las otras sedes para unificación y gestión del riesgo

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:



Hospital Universitario de la Samaritana  
Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Atención al paciente de Urgencias  
ID#42411

La Gestión o administración del Riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los Riesgos.

**RIESGO: Posibilidad de evento adverso o no resolutivez de la necesidad de salud durante la atención de los pacientes que demanden servicio de urgencias por no gestionar las fallas asistenciales o administrativas en los atributos relacionados (oportunidad, calidad, pertinencia, acceso, etc.) debido a deficientes o insuficientes controles**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI ✓

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI ✓

### PREGUNTAS PARA EL RESPONSABLE DEL PROCESO

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

NO ¿Cual?:

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

RELACIONAR MEJORAS ¿Cual?: Mejora tiempo de atención de paciente clasificado como triage II, Mejorar admisión e ingreso administrativo de paciente que ingresa a urgencias.

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:



La Gestión o administración del Riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los Riesgos.

### **RIESGO: Posibilidad de perdida del potencial donante de órganos y tejidos debido a fallas administrativas y/o mantenimiento del donante**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI ✓  
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI ✓

### **RIESGO: Posibilidad que en la atención de HOSPITALIZACIÓN , se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, causado por deficientes e insuficientes controles.**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI ✓  
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI ✓

### **RIESGO: Posibilidad que las gestantes y puérperas tengan complicaciones en su situación clínica en las patologías hipertensión, hemorragia y sepsis por no proporcionar el tratamiento clínico pertinente debido a controles insuficientes o inadecuados.**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI ✓  
¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI ✓

### **PREGUNTAS PARA EL RESPONSABLE DEL PROCESO**

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

NO ¿Cual?:

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

RELACIONAR MEJORAS ¿Cual?: 0 mortalidades maternas en el año 2022, disminución en tiempo de proceso de egreso del paciente, logramos 2do lugar en hospital generador de vida

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:



La Gestión o administración del Riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los Riesgos.

**RIESGO: Posibilidad que en la atención quirúrgica, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, causado por deficientes e insuficientes controles propios y de otros proceso de apoyo.**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI ✓

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI ✓

### PREGUNTAS PARA EL RESPONSABLE DEL PROCESO

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

NO ¿Cual?:

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo? RELACIONAR MEJORAS ¿Cual?: Disminución en la cancelación quirúrgica institucional por los controles redundantes implementados desde la programación quirúrgica.

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

SI ¿Cual?: Referenciación con el Hospital San Ignacio para identificar la preparación prequirúrgica del paciente antes del traslado al quirófano, lo cual puede prevenir la cancelación por falta de preparación del paciente.



Hospital Universitario de la Samaritana  
Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Atención al Usuario y su Familia  
ID#42429

La Gestión o administración del Riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los Riesgos.

**RIESGO: Posibilidad de que el HUS o sus sedes reciban sanciones, llamados de atención o se inicien investigaciones administrativas o disciplinarias, etc., por parte de Entes de control o instancias Judiciales por emitir respuestas inoportunas, no pertinentes y/o incompletas, debido a Fallas en la aplicación de los procedimientos y controles.**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso?

SI ✓

¿Este riesgo pertenece a su proceso?

SI ✓

## PREGUNTAS PARA EL RESPONSABLE DEL PROCESO

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

NO ¿Cual?:

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

RELACIONAR MEJORAS ¿Cual?: La adherencia al procedimiento de Gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones (atención al ciudadano), Se realiza monitoreo, evaluación y seguimiento a controles del proceso de Atención al Usuario y su Familia, bajo los Lineamientos de la Política Administración de Riesgos, Programa de Gestión y Administración de Riesgos y el procedimiento de Administración del riesgo, No se materializó el riesgo.

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

SI ¿Cual?: Hospital Universitario Mayor - Mederi



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA

*Empresa Social del Estado*

Hospital Universitario de la Samaritana  
Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Atención Farmacéutica  
ID#42409

La Gestión o administración del Riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los Riesgos.

**RIESGO: Posibilidad que existan inconsistencias en el inventario físico respecto a los registros en el sistema de información Dinámica Gerencial por insuficientes o deficientes controles**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso?  NO

¿Este riesgo pertenece a su proceso?  SI

**RIESGO: Posibilidad de entrega inoportuna de medicamentos, dispositivos médicos e insumos a los servicios, por fallas administrativas, de comunicación y prestación, que impacten la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, causado por deficientes e insuficientes controles propios y de otros procesos.**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso?  SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso?  SI

**RIESGO: Posibilidad de daño de los tejidos oculares y osteomusculares debido al inadecuado o insuficientes controles en su manejo desde su recepción hasta su entrega.**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso?  SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso?  SI

**PREGUNTAS PARA EL RESPONSABLE DEL PROCESO**

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

SI ¿Cual?: Automatización de la farmacia

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo? RELACIONAR MEJORAS ¿Cual?: Identificación, crear barreras y gestión

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA

*Empresa Social del Estado*

Hospital Universitario de la Samaritana  
Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Auditoría y Control  
ID#42659

La Gestión o administración del Riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los Riesgos.

## **RIESGO: Posibilidad de manipulación del Informe de la Evaluación Independiente y/o limite el alcance de la Evaluación.**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

### **PREGUNTAS PARA EL RESPONSABLE DEL PROCESO**

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología y/o con desarrollos tecnológicos?

NO ¿Cual?

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

RELACIONAR MEJORAS ¿Cual?: Se ha fortalecido el ejercicio auditor implementado la metodológica de las 4 c, encuestas de satisfacción y seguimiento en almera de planes de mejoramiento. También se ha capacitado al equipo auditor con el fin de elevar sus habilidades y evitar desviación en su trabajo

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:



Hospital Universitario de la Samaritana  
Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Banco de Sangre  
ID#42314

La Gestión o administración del Riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los Riesgos.

### **RIESGO: Posibilidad de no contar con componentes sanguíneos debido a la disminución de la captación de donantes de sangre por limitantes en la promoción**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso?  NO

¿Este riesgo pertenece a su proceso?  SI

### **PREGUNTAS PARA EL RESPONSABLE DEL PROCESO**

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

NO ¿Cual?:

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

RELACIONAR MEJORAS ¿Cual?: adquisición de la telemetria para minimizar riesgos de perdida de cadena de frio, por eso no se contmepla como riesgo ahora dentro del proceso.

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:



Hospital Universitario de la Samaritana  
Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Docencia  
ID#42426

La Gestión o administración del Riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los Riesgos.

**RIESGO: Posibilidad de una inadecuada prestación de los servicios de formación del nuevo talento humano en salud, por fallas administrativas, de comunicación y coordinación, con los clientes (universidades) y procesos asistenciales, causado por deficientes e insuficientes controles.**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso?  NO

¿Este riesgo pertenece a su proceso?  NO

## PREGUNTAS PARA EL RESPONSABLE DEL PROCESO

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología y/o con desarrollos tecnológicos?

SI ¿Cual?: Software organización rotaciones. Software biblioteca. Software turnos. Plataforma educativa

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

SI ¿Cual?: Se han adquirido con recursos de docencia

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo? RELACIONAR MEJORAS ¿Cual?: Adquisición Tics

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

SI ¿Cual?: Hospital san Ignacio, Centro Dermatológico Federico Lleras



Hospital Universitario de la Samaritana  
Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Esterilización  
ID#41324

La Gestión o administración del Riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los Riesgos.

**RIESGO: Posibilidad que no se cumplan las condiciones de esterilización de los dispositivos médicos (Instrumental y ropa) debido a fallas en la interacción con los procesos proveedores por deficientes e insuficientes controles**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso?  NO

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

### PREGUNTAS PARA EL RESPONSABLE DEL PROCESO

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

NO ¿Cual?:

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

RELACIONAR MEJORAS ¿Cual?: Disminución del porcentaje de cancelación de los esterilizadores de acuerdo a solicitud de aplicación de filtros

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:



Hospital Universitario de la Samaritana  
Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Gestión de Bienes y Servicios  
ID#42422

La Gestión o administración del Riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los Riesgos.

**RIESGO: Posibilidad de una Inadecuada adjudicación en la contratación de bienes y servicios debido a fallas en la evaluación de requisitos generales y económicos.**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

**PREGUNTAS PARA EL RESPONSABLE DEL PROCESO**

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología y/o con desarrollos tecnológicos?

NO ¿Cuál?:

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

NO ¿Cuál?:

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

RELACIONAR MEJORAS ¿Cuál?: Una mayor confidencialidad en el desarrollo del proceso .

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO ¿Cuál?:



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA

*Empresa Social del Estado*

Hospital Universitario de la Samaritana  
Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Gerencia de la Información  
ID#42379

La Gestión o administración del Riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los Riesgos.

**RIESGO: Posibilidad de pérdida de información del HUS y sus sedes, debido al inadecuado manejo de los sistemas de información e inconsistencia en la ejecución de los procedimientos para el manejo de la documentación**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI ✓

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI ✓

## PREGUNTAS PARA EL RESPONSABLE DEL PROCESO

**¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología y/o con desarrollos tecnológicos?**

SI ¿Cual?: Renovacion de infraestructura tecnológica o adquisición de servicios que permitan almacenamiento con estándares de recuperación de informes.

**¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?**

SI ¿Cual?:

**¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?** RELACIONAR MEJORAS ¿Cual?: Implementado servicios en la Nube para el respaldo de información

**¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?**

NO ¿Cual?:



Hospital Universitario de la Samaritana  
Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Gestión de la Infraestructura  
ID#41336

La Gestión o administración del Riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los Riesgos.

**RIESGO: Posibilidad que las obras de modernización del HUS y sus sedes aumenten en tiempo y costo debido a la falta o insuficiente control de estos factores**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI ✓

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI ✓

**RIESGO: Inoportunidad en la respuesta al mantenimiento correctivo prioritario por insuficiente planeación debido a que no se siguen los procedimientos y la ausencia de suficientes controles**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI ✓

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI ✓

**PREGUNTAS PARA EL RESPONSABLE DEL PROCESO**

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología y/o con desarrollos tecnológicos?

SI ¿Cual?: Software para seguimiento y control de gestión de proyectos, P.e.j WBS PRO

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

SI ¿Cual?: Ferrería, vidrios y otros insumos

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

RELACIONAR MEJORAS ¿Cual?: Analizar de mejor manera tiempos de ejecución de contratos para tenerlos en cuenta desde los estudios previos, tener los insumos necesarios para dar respuesta oportuna a los requerimientos de correctivos críticos, ajustar indicadores

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:



La Gestión o administración del Riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los Riesgos.

**RIESGO: Posibilidad Que el Hospital responda solidariamente ante condenas y /o sanciones por Intermediación Laboral, por inadecuada Supervisión de los contratos suscritos con las empresas ocasionado por Novedades en la estructura estudios y documentos previos de la etapa precontractual**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

**RIESGO: Posibilidad de contratación de personal que no se ajuste al perfil del cargo y/o manual de funciones definido por la institución, que incluye requisitos normativos y de calidad, debido a deficiencias en la definición técnica y fallas en el proceso de selección**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

**RIESGO: Posibilidad de presentar deterioro en la salud de los trabajadores por incumplimiento de las recomendación o restricciones laborales**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

**RIESGO: Posibilidad perdidas económicas y/o sanciones por realizar pagos en nómina no justificados, valores a los cuales no se tiene derecho u omisión de pagos, producto de deficientes e insuficientes controles**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

## PREGUNTAS PARA EL RESPONSABLE DEL PROCESO

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología y/o con desarrollos tecnológicos?

NO ¿Cual?:

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:



Hospital Universitario de la Samaritana  
Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Gestión de Tecnología Biomédica  
ID#42403

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

**RIESGO: Posibilidad que las tecnologías biomédicas de tránsito rápido de las empresas y/o especialistas no cuenten con los mantenimientos y calibraciones por la no entrega suficiente y oportuna de la información y documentación requerida para la gestión adecuada de los equipos biomédicos causado del Insuficiente conocimiento de los impactos como eventos adversos, económicos y la acreditación del HUS y sus sedes**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

### PREGUNTAS A REALIZAR A CADA PROCESO

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

NO ¿Cual?:

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

RELACIONAR MEJORAS ¿Cual?: Se realiza evaluación documental asociada a la parte precontractual de los contratos de productividad y el coordinador del proceso es supervisor técnico de los contratos que incluyen tecnologías en apoyo tecnológico del proceso farmacéutico

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE LA SAMARITANA

*Empresa Social del Estado*

Hospital Universitario de la Samaritana  
Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Gestión Jurídica  
ID#42308

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

**RIESGO: Posibilidad de habilitar proponentes sin el cumplimiento de los requisitos jurídicos en los procesos precontractuales por desconocimiento de la norma aplicable a cada proceso de contratación (Contratación y de proceso)**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

**PREGUNTAS A REALIZAR A CADA PROCESO**

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología y/o con desarrollos tecnológicos?

NO ¿Cual?:

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo? RELACIONAR MEJORAS ¿Cual?: Evitar la materialización de los riesgos

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:



La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

**RIESGO: Posibilidad de pérdida de usuarios durante su proceso de atención, debido a que los controles de seguridad no sean lo suficientemente efectivos**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

**RIESGO: Posibilidad de fallas en la entrega de dietas al paciente, debido a Inconsistencias, causadas por la falta de adherencia y/o desactualización de procedimientos**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

**RIESGO: Posibilidad que la dotación hotelera hospitalaria para usuario y colaboradores no sea suficiente y adecuada por que no se realiza su reposición ó arreglo, cuando se requiere, causado por una asignación presupuestal insuficiente y/o baja oportunidad**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

**PREGUNTAS A REALIZAR A CADA PROCESO**

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología y/o con desarrollos tecnológicos?

SI ¿Cual?:

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

SI ¿Cual?: mobiliario hospitalario, cámaras de seguridad(por contrato de seguridad)

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo? RELACIONAR MEJORAS ¿Cual?: SEGURIDA DEL PACIENTE FRNETE A TENER MIBILIARIO NUEVO PARA SU ATENCIÓN, MONITOREO DE AREAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD.

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

SI ¿Cual?: HOSPITAL SAN IGNACIO 8/02/2023; Y HOSPITAL MAYOR MEDERI 22/03/2022



Hospital Universitario de la Samaritana  
Riesgos Institucionales 2022 - Proceso Imágenes Diagnósticas  
ID#42455

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

**RIESGO: Posibilidad que en la atención de Imágenes Diagnósticas, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, causado por deficientes e insuficientes controles**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso? SI

¿Este riesgo pertenece a su proceso? SI

### PREGUNTAS A REALIZAR A CADA PROCESO

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

NO ¿Cual?: se ha realizado la renovación tecnológica necesaria, la cual en la actualidad esta en proceso de licencia

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

RELACIONAR MEJORAS ¿Cual?: Disminución del porcentaje de reprogramación

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?:



**RIESGO: Posibilidad que en referencia y contra referencia, se presenten fallas administrativas, de comunicación y prestación que impacte la calidad del servicio y bienestar de los usuarios, causado por deficientes e insuficientes controles**

¿Sigue siendo un riesgo para el proceso?  NO

¿Este riesgo pertenece a su proceso?  NO

### PREGUNTAS A REALIZAR A CADA PROCESO

¿Considera usted que los riesgos de su proceso y/o alguno de ellos pueden ser controlados de una mejor manera con la adquisición de tecnología (Equipos biomédicos) y/o con desarrollos tecnológicos?

SI ¿Cual?: APLICATIVO PARA EL CONTROL DE LA PRIORIZACION EN LAS REMISIONES

¿Ha realizado solicitudes de compras para adquirir tecnología y/o elementos que puedan ayudar a controlar los riesgos de su proceso?

SI ¿Cual?: Reunion con el sub-director de sistemas

¿Cuáles han sido las mejoras logradas en su proceso, derivadas de la gestión del riesgo?

RELACIONAR MEJORAS ¿Cual?: activación del modulo de referencia para bel registro de las remisiones desde el hus

¿Se ha referenciado con otras entidades para conocer experiencias exitosas en el manejo de los riesgos de su proceso?

NO ¿Cual?: