

FECHA DE SEGUIMIENTO: AGOSTO DE 2021

No.	PROCESO	No.	IDENTIFICACIÓN RIESGO - Líder del proceso				VALORACION DEL RIESGO - Líder del proceso						ANÁLISIS DEL RIESGO - Líder del proceso				MONITOREO Y SEGUIMIENTO - OFICINA DE CONTROL INTERNO			
			RIESGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	ANÁLISIS CAUSAS	EFFECTO O CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE (resultado de multiplicación de probabilidad e impacto)	CONTROL EXISTENTE		Resultados de la calificación del control	RIESGO RESIDUAL (lugar del riesgo después del desplazamiento)	Periodicidad de valoración de riesgo	TRATAMIENTO	INDICADOR	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL RIESGO	EVIDENCIA	FECHA DE VERIFICACIÓN
1	GESTIÓN GERENCIAL	1	Falta de adherencia del plan de desarrollo y Plan de acción	Pese a que se tienen plan de desarrollo y Plan de acción, algunos líderes no se adhieren en la gestión indicada que permita alcanzar los objetivos propuestos en estos planes.	Estratégico	1. Carga laboral. 2. Falta de formación de los líderes. 3. Falta de mayor articulación y seguimiento en los planes.	1. Incumplimiento de los objetivos de la empresa. 2. Resultados deficientes en los indicadores propuestos.	3	4	EXTREMO	Cada semestre se solicita información específica por áreas a los líderes de proceso.	85	ALTA	semestral	Reducir el Riesgo	1. No. De actividades desarrolladas / No. De actividades planeadas	Enero de 2015	1. <a href="https://www.esecarmenemilii.aospina.gov.co/2015/index.php/2014-12-04-19-51-52/2014-12-16-22-03-21/2014-12-04-19-45-36/planes-de-desarrollo">https://www.esecarmenemilii.aospina.gov.co/2015/index.php/2014-12-04-19-51-52/2014-12-16-22-03-21/2014-12-04-19-45-36/planes-de-desarrollo</a> 2. Actas de seguimiento plan de desarrollo	20/08/2021	Se evidencia seguimiento mensual y trimestral al plan de desarrollo y acción de la vigencia 2021.
		2	Inapropiada definición de políticas, objetivos, metas	La plataforma estratégica de la empresa no se ajusta a las necesidades	Estratégico	1. Inadecuado diagnóstico institucional 2. Inadecuado apropiación y seguimiento	1. Resultados deficientes 2. Decisiones erróneas 3. Pérdida de imagen institucional	3	3	ALTA	Efectuar seguimiento a los informes de gestión	85	MODERADO	semestral	Reducir el Riesgo	1. No. De actividades desarrolladas / No. De actividades planeadas	Enero de 2015	1. <a href="http://www.esecarmenemilii.aospina.gov.co/2015/index.php/2014-12-04-19-51-52/2014-12-16-22-03-21/2014-12-04-19-45-36/planes-de-desarrollo">http://www.esecarmenemilii.aospina.gov.co/2015/index.php/2014-12-04-19-51-52/2014-12-16-22-03-21/2014-12-04-19-45-36/planes-de-desarrollo</a> 2. Actas de seguimiento plan de desarrollo y acción.	20/08/2021	Se evidencia seguimiento y evaluación al plan de desarrollo y acción de la vigencia 2021. La actualización del manual G2-S1-M4 Plataforma estratégica se encuentra en proceso de actualización y publicación.
		3	Falta de fortalecimiento de la imagen corporativa a los usuarios y funcionarios sobre los servicios prestados por la ESE Carmen Emilia	Desconocimiento de los usuarios y pérdida de cobertura de los servicios prestados por la ESE.	Imagen	1. Falta del personal para el desplazamiento y cubrimiento de eventos 2. Fallas en la coordinación con las diferentes áreas 3. Falta de presupuesto.	1. Poco reconocimiento interno y externo 2. Disminución de ingresos por desconocimiento de los servicios 3. Poca participación de la ESE en las diferentes zonas 4. Baja imagen corporativa.	5	4	EXTREMO	1. Priorizar actividades a través del cronograma 2. Uso de herramientas como internet, intranet, Simad para facilitar visibilización	35	EXTREMO	mensual	Reducir el Riesgo	1. No. De actividades desarrolladas / No. De actividades planeadas	Agosto de 2016	1. <a href="https://www.esecarmenemilii.aospina.gov.co/2015/index.php/2014-12-04-19-50-31/boletines-de-prensa">https://www.esecarmenemilii.aospina.gov.co/2015/index.php/2014-12-04-19-50-31/boletines-de-prensa</a> 2. cronograma GC-S1-F14	20/08/2021	Se evidencia cumplimiento de las actividades según cronograma, de 56 actividades programadas se observaron 100 actividades superior a lo programado, presentando información al cliente interno y externo con el uso de las herramientas digitales como página web, redes sociales, página intranet; y la transmisión de información a través de medios de comunicación.
			Perdida de los procesos	Sentencias y tutelas		1. Desconocimiento de las normas de las distintas ramas del derecho. 2. Inexperiencia					EXTREMO	1. Comité de conciliación. 2. Comité de defensa judicial					1. Actas de comité / comités planeados		convocatorias y actas de comité de la vigencia	

			4	Procesos actuaciones judiciales y extrajudiciales.	que resulten en contra de la Esé Carmen Emilia.	Cumplimiento	3. Inadecuada argumentación jurídica. 4. Fallas de los procedimientos internos como fallas del servicio.	1. Detrimiento patrimonial	5	4	EXTREMO	3. Creación y actualización de nuevos procesos y procedimientos.	70	EXTREMO	Reducir el Riesgo	2. Procesos y procedimientos actualizados	Octubre de 2016	Simad enviado del area a calidad para la actualización de procedimientos y revision de otro procedimientos.	20/08/2021	encontramos en proceso de actualización de los procedimientos GE-S4-P3 y GE-S4-P4 , y en revisión del procedimiento GE-S4-P1 para su respectiva actualización
2	G A R R A N T I A  D E  L A  C A L I D A D		1	Incumplir con los Estándares de habilitación de los servicios	Incumplimiento a las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de salud como lo son: Talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos-dispositivos médicos e insumos, historias clínicas y registros para la habilitación de los servicios	Cumplimiento	1. Desconocimiento de la norma 2. Falencias en la monitorización de cumplimiento	1. Cierre 2. Sanciones y/o multas 3. Recorte de oferta en servicios 4. Traslados a la justicia ordinaria	4	5	EXTREMO	1. Comité de Calidad 2. Autoevaluación 3. Seguimiento a los procesos prioritarios 4. Auditorias conyunturales	80	EXTREMO	Reducir el riesgo	1. No. Comité realizados / No. Comité programado  2. Una autoevaluación anual  3. No. Segimientos a procesos prioritarios / No. procesos prioritarios  4. No. auditorias conyunturales / No. eventos conyunturales	Noviembre de 2016	Actualizacion del REPS a resolución 3031 y una autoevaluación anual  Auditorias presentadas en comité de calidad  Auditorias interna de calidad	24/08/2021	Se evidencia mediante actas de comites de historias clínicas y calidad suministradas por el area, el cumplimiento del indicador .  Se evidencia cumplimiento mediante autoevaluacion socializada en octubre del 2020, al igual que la actualización de cada centro de salud en su portafolio de servicios en el REPS.  Se evidencia mediante informe de actas de comité  Se evidencia mediante informacion suministrada por el area, el cumplimiento a las auditorias
			2	Incumplimiento en el reporte de indicadores del sistema de información para la calidad.	Incumplimiento en el reporte de los indicadores para el monitoreo de la calidad a la Superintendencia de Salud con una periodicidad	Cumplimiento	1. El no reporte de indicadores por parte de otras áreas 2. Problemas en la consolidación del reporte	1. Sanciones y/o multas	2	4	ALTA	1. Seguimiento a los indicadores de gestión	75	ALTA	Reducir el riesgo	1. Seguimiento cumplido / Seguimiento mensual programado	Noviembre de 2016	Tablero de indicadores	24/08/2021	Se evidencia cumplimiento al reporte de los indicadores mensual
			3	Evento adverso prevenible trazador mortal	Materializar un evento adverso que ocasiona muerte, incapacidad permanente o lesión grave a un usuario objeto de nuestra atención en salud.	Operativo	1. No adherencia a guías y protocolos de manejo. 2. No adherencia a procedimientos establecidos. 3. El no cumplimiento de estándares definidos. 4. Falta de barreras o controles 5. No identificación del evento adverso.	1. Aumento en costos de atención 2. Muerte del usuario 3. Incapacidad del usuario 4. Lesión grave del usuario 5. Detrimiento patrimonial por demandas	5	5	EXTREMO	1. Auditorias internas de calidad. 2. Reporte, analisis y seguimiento a fallas de calidad en los servicios y evento adversos identificados. 3. Ejecución de plan de mejoramiento	70	EXTREMO	Reducir el riesgo	1. Auditorias internas Mensual 2. Reporte, analisis y seguimiento a fallas de calidad en los servicios y evento adversos identificados = Mensual / 3. Plan de mejoramiento = Mensual / 4. Planes de mejoramiento generados	Noviembre de 2016	reporte de eventos adversos  Seguimiento de planes de mejorameinto	24/08/2021	Se evidencia los analisis de los eventos adversos reportados mediante el analisis del protocolo de londre  Se evidencia seguimiento a planes de seguimientos que se realizan a los servicios y procedimientos auditados.

			4	Incumplimiento de los indicadores del plan de gestión	El no cumplimiento del reporte de los indicadores establecidos en el plan anual de gestión gerencial.	Cumplimiento	1. El no seguimiento periódico a los indicadores establecidos 2. La no ejecución de planes de mejora a las desviaciones identificadas 3. La no efectividad de los planes de mejora definidos	1. Mala calificación de la gestión gerencial del periodo. 2. El no logro de los objetivos institucionales.	5	2	ALTA	1. Comité de calidad 2. Auditorías internas de calidad 3. Reporte de tablero de indicadores.	80	MODERADO	1. Comité de calidad: Mensual 2. Auditoría interna de calidad: Mensual 3. Reporte de tablero de indicadores: Anual	Reducir el riesgo	No. Comité programados 2. No. Auditorías ejecutadas / No. Auditorías programadas en el plan anual 3. Tablero de indicadores anual	Noviembre de 2016	auditorías en carpeta de auditorías internas	24/08/2021	Se evidencia mediante información suministrada por el área, el cumplimiento a las auditorías de los diferentes servicios y procedimientos	
3	C O N T R O L  I N T E R N O		1	Elaboración de informes extemporáneos y/o con ausencia de conceptos técnicos actualizados	Generación extemporánea de informes de competencia de ley, auditorías, planes de mejora y demás documentos, así como aquellos que presenten insuficiencia de conceptos técnicos actualizados	operativo	1. Dificultad en la entrega oportuna del flujo de información por parte de algunos líderes de procesos. 2. Falta de articulación por parte de los auditores de los resultados de las auditorías que sirven como insumo para los diversos informes que se desarrollan dentro del proceso de control interno estratégico. 3. Falta de actualización del auditor respecto a	1. Presentación de informes extemporáneos. 2. Deficiencia en los resultados de los informes, y en la prestación de asesorías, acompañamientos y seguimientos. 3. Multas y sanciones por incumplimientos en entrega de informes de ley.	5	5	EXTREMO	1. Socialización en reuniones de autocontrol, de todas las actividades que se desarrollan dentro de la oficina de control interno estratégico. 2. Actualización del equipo de control interno, en los conceptos técnicos, utilizando como base el normograma institucional.	70	EXTREMO	Trimestral	Reducir el riesgo	1. No. de reuniones de autocontrol realizadas / No. de reuniones de autocontrol programadas 2. No. de Inconformidades (verbales o escritas) presentadas por la gerencia, antes de control externo y/o auditados	Noviembre de 2016	1. actas y Control asistencia reuniones de autocontrol 2. Inconformidades verbales o escritas	27/08/2021	1. Se evidencia que la OCI realizo de forma mensual la reunión de autocontrol donde se dejó actas de las reuniones y la lista de asistencia. 2. No se evidencian inconformidades escritas o verbales por parte de la gerencia, antes de control y/o auditados.	
	A P O Y O  D I A G N O S T I C O  Y  T E R A P E U T I C O		1	Error en la toma de muestras	Ejecución del procedimiento de forma inadecuada generando resultados errados	Operativo	1. Deficiencia en la capacitación del personal 2. Alteración de la muestra	1. Afectación de la salud de paciente 2. Complicaciones legales 3. Generación de una mala imagen corporativa	5	4	EXTREMO	1. Capacitaciones al personal 2. Uso de protocolos 3. Uso de software	95	EXTREMO	1. Mensual = Capacitación al personal 2. Periódicamente se reciben informes del proveedor dependiendo de los resultados de los indicadores.	Reducir el riesgo	1. No. De capacitaciones ejecutadas / No. De capacitaciones programadas 2. Cantidad de eventos adversos presentados en la toma de muestras	Septiembre de 2014	Listas de asistencia de las capacitaciones programadas Control de registro de adventos adversos		Se observa según reportes suministrados por el área, el cumplimiento a las capacitaciones programadas y el reporte a los eventos adversos, dando al cumplimiento de sus indicadores.	
3			2	Entrega inoportuna de los resultados	Presentación de retrasos en la entrega de resultados	Operativo	1. Demora en la toma de muestras. 2. Demora en el transporte. 3. Bloqueo en el software. 4. Falta de insumos de laboratorio 5. Falta de personal para la entrega de resultado después de la emisión de resultados	1. Generación de sobrecostos 2. Retrasos en la generación del Diagnóstico 3. Afectación de la salud de paciente. 4. Generación de una mala imagen corporativa. 5. Incumplimiento a la normatividad en la entrega de resultados.	5	3	EXTREMO	Revisión de la ejecución del procedimiento en caso de presentarse un evento adverso o una queja.	80	ALTA	Periódicamente dependiendo de los eventos adversos o quejas que se presenten	Reducir el riesgo	1. Sumatoria del número de minutos transcurridos desde el momento que se genera la solicitud en el software de laboratorio hasta el momento que el resultado es validadola facturación (urgencias y hospitalización)/ número total de pacientes atendidos. 2. Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de muestra de laboratorio y en el momento que se genera el resultado del laboratorio (consulta externa)/ número total de atenciones.	Septiembre de 2014	Tablero de indicadores de calidad, indicadores de oportunidad en el laboratorio/ servicios de consulta externa y urgencias.	23/08/2021	Según reportes suministrados por el área, se observa el seguimiento a través de las tablas de indicadores	
	H O S P I T A L I D A D						1. Falta adherencia a procesos procedimientos y guías de atención. 2. Deficiencia en el	1. Muertes o lesiones				1. Revisión continúa de los			1. Auditoría							Se evidencia según información suministrada

5	EP RIT CLA OR S	1	Ocurrencia de eventos adversos y fallas de calidad.	Con ocasion de la atención en salud pueden presentarse lesión o daños a los usuarios o pacientes o del servicio de hospitalización.	Operativo	suministro de insumos y dotación de equipos. 3. Deficiente mantenimiento de equipos, infraestructura y muebles 4. Deficiencia en el sistema de seguridad clínica del servicio.	reversibles en los usuarios. 2. Incremento en los costos de la prestación del servicio. 3. Detrimento patrimonial.	4	3	ALTA	procesos en conjunto con la oficina de calidad y capacitaciones 2. Se cuenta con procesos de auditoria medica. 3. Comité tecnico-cientifico y de calidad.	85	MODERADO	medica Mensual 2. Comité tecnico científico Mensual 3. Comité de calidad= Mensual	Reducir el riesgo	1. Número de eventos adversos con seguimiento por el comité	Septiembre de 2014	indicadores de gestion de hospitalizacion analisis de los Eventos adversos	20/08/2021	informacion suministrada por la lider de grupo , que realizan indicadores de gestion mensual del area de hospitalizacion, como el análisis de los eventos adversos conforme al protocolo de londres.
6	S E R V I C I O  D E  U R G E N C I A S	1	Inoportunidad en la atencion y prestación del servicio urgencias.	Retrazos en la prestación del servicio que amerita el usuario de acuerdo a su condicion de salud	Operativo	1. Deficiencias procedimentales. 2. Desconocimiento del personal 3. Negligencia del personal 4. Fallas en la infraestructura.	1. Detrimento por demandas 2. Congestion en los servicios 3. Incremento de PQR 4. Agravamiento del paciente.	5	3	EXTREMO	1. Capacitaciones en lo referente a la normatividad y prestación del servicio. 2. Socialización de la politica de seguridad del paciente. 3. Reunión con el personal para retroalimentar la gestión del servicio.	78	ALTA	1. Capacitaciones = Mensualmente 2. Socialización de politica = Semestral 3. Retroalimentación = Mensual	Reducir el riesgo	1. Capacitaciones realizadas / No. De capacitaciones programadas 2. Socialización de politica de seguridad al paciente 3. Retroalimentaciones mensuales	Diciembre de 2016	PIC y registro de capacitaciones	27/08/2021	Verificando la informacion entregada por el area de encargada, observamos el cumplimiento de las capacitaciones programadas, entre las cuales se encuentra: SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ATENCIÓN SEGURA, PROCESOS ASISTENCIALES SEGURO (PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION), HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, entre otras capacitaciones realizadas.
7	A M B U L A T O R I O S	1.	Inoportunidad en la atención y prestación de servicios ambulatorios.	Demora en la atención y prestación de los servicios ambulatorios	operativo	1. Inasistencia médica 2. Fallas procedimentales 3. Fallas tecnológicas	1. Insatisfacción del usuario. 2. Disminución de ingresos para la empresa. 3. Afectación de imagen corporativa.	5	2	ALTA	1. Reunión de autocontrol. 2. Cruces y análisis de información registrada en el sistema en cuanto al tiempo de atención. 3. Seguimiento y retroalimentación al personal asistencial. 4. Monitoreo de la productividad del personal asistencial	70	ALTA	Mensualmente	Reducir el Riesgo	1. No. de reuniones ejecutadas / No. reuniones programadas. 2. Informes mensuales de productividad	Diciembre de 2016	Seguimiento de productividad	27/08/2021	Según el indicador enviado por el area de calidad ,se observa que no se cumple con la meta establecida de productividad del personal.
	E S T P	1	Incumplimiento en el desarrollo de las actividades para pyp	Aumento de la prevalencia de las enfermedades en las comunidades por la disminución de actividades preventivas y de promoción (pyp)	Imagen	1. Errores en las bases de datos 2. Desconocimiento de los usuarios y/o prestadores de servicios. 3. Deficiencias en la contratación de las actividades con las eps	1. Aumento de la morbilidad en la población. 2. Efectos financieros negativos	5	3	EXTREMO	1. Capacitaciones al personal 2. Evaluación y generacion de informes a las eps de las actividades desarrolladas 3. Generacion de propuestas pre-contractuales de las eps Entes de control	85	ALTO	1. Mensualmente = capacitaciones e informe a eps	reducir el riesgo	1. No. De capacitaciones ejecutadas / No. De capacitaciones programadas 2. No. De actividades ejecutadas / No. De actividades programadas	Agosto de 2016	1.Cronograma de capacitaciones Evidencias de capacitacion <a href="https://drive.google.com/drive/u/1/folders/14u35FLqUQPnWm02zAKLTYaQny56aiai">https://drive.google.com/drive/u/1/folders/14u35FLqUQPnWm02zAKLTYaQny56aiai</a> Evidencia del envio según seguimiento a informes de Ley		1. Se observa que para la vigencia del 2020 y 2021 se programaron diversas capacitaciones según el PIC dando cumplimiento a las mismas, entra las cuales se encuentran: PROTOCOLO DE CÓDIGO AZUL, LINEAMIENTO TECNICO OPERATIVO PARA LA VACUNACIÓN COVID, PROTOCOLO DE ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA Y VIH entre otras. 2. Se evidencian el

8	R A T E G I A S  D E  I N T E R V E N C I O N C O M U N I T A R I A	2	Incumplimiento en la adherencia a guías	Los profesionales que hacen atención directa al paciente presentan baja adherencia a las guías, anexo técnico de la resolución 4003 de 2008	Operativo	Desconocimiento del personal, falta de compromiso, rotación de personal	Complicación de pacientes, generación de glosas, información que se genera a EPS e informes deficientes al programa	5	3	Extremo	1. Capacitaciones al personal 2. Cruces de información entre atención realizadas y contra base de datos de alto riesgo. 3. Informe de auditoria de historias clínicas	85	ALTO	Mensualmente	Reducir el riesgo	1. Capacitaciones realizadas / No. De eventos presentados en el periodo 2. No. De informes presentados / No. De informes programados	Noviembre de 2014	1. Capacitaciones 2. Informe de auditorias a historias clínicas.	27/08/2021	1. Se observa que para la vigencia del 2020 y 2021 se programaron diversas capacitaciones según el PIC dando cumplimiento a las mismas, entra las cuales se encuentran: PROTOCOLO DE CÓDIGO AZUL, LINEAMIENTO TECNICO OPERATIVO PARA LA VACUNACIÓN COVID, PROTOCOLO DE ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA Y VIH entre otras. 2. Se evidencia el cumplimiento de los informes mensuales correspondiente a la resolución 4505/2012, de las EAPB que ya tiene habilitada las plataformas para la entrega de la información.
		3	Bajo impacto en el mejoramiento de la prestación del servicio	Desarticulación de los procesos misionales que conllevan a servicios de salud ineficientes, discontinuos, y de mala calidad	Operativo	1. Desarticulación de los procesos. 2. Fallas en la idoneidad del personal contratado. 3. Rotación de personal 4. Deficit en el monitoreo y control de las actividades.	1. Falta de credibilidad de la imagen corporativa. 2. Aumento de los índices de morbilidad y mortalidad. 3. Congestión de los diferentes servicios prestados.	5	3	EXTREMO	1. Informes y financieros en ejecución de cada convenio a la gerencia. 2. Capacitaciones para cada convenio	55	ALTO	1. Informes = mensual 2. Capacitaciones = de acuerdo a los convenios firmados	Reducir el riesgo	1. No. informes presentados / Informes planeados 2. No. de convenios suscritos presentados mensualmente / No. De convenios suscritos.	Octubre de 2016	1. Informes y actas de capacitación	1. Se observa que para la vigencia del 2020 y 2021 se programaron diversas capacitaciones según el PIC dando cumplimiento a las mismas, entra las cuales se encuentran: PROTOCOLO DE CÓDIGO AZUL, LINEAMIENTO TECNICO OPERATIVO PARA LA VACUNACIÓN COVID, PROTOCOLO DE ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL, SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA Y VIH, TÉCNICAS EN CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA, LINEAMIENTO DE ATENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA, entre otras.	
		1	Inoportunidad en la notificación de eventos de salud pública	Notificación tardía de evento de interés en salud pública	Cumplimiento	1. Negligencia médica. 2. Falta de compromiso de todo el personal.	1. Requerimientos por parte del ente de control. 2. Deterioro del paciente.	5	3	EXTREMO	1. Búsqueda activa de posibles casos de salud pública institucional en RIPS 2. Asistencia y acompañamiento en la entrega de turnos (aux. enfermería) 3. Retroalimentación a los jefes de zona	70	ALTA	1. Búsqueda activa = diaria y consolidado semana 2. Reporte de entrega de turnos = diaria (excepto sábados, domingos y festivos). 3. Retroalimentación a jefes de	Reducir el riesgo	1. No. De eventos encontrados sin notificar / No. total de eventos.	Enero de 2014	1- archivo excel en el cual se encuentra los indicadores por sedes, años y meses del año 2021. 1- archivo excel en el cual se encuentra los indicadores por sedes, años y meses del año 2021	30/08/2021	Se observa que se encuentran realizando los indicadores mes a mes, lo que indica el seguimiento que se esta realizando el area a los eventos encontrados.
9	E P I D E M I O L O G I A C A	2	Incumplimiento a las acciones de protocolos de vigilancia Epidemiológica.	Desconocimiento de información relevante para realizar el seguimiento y tratamiento de los posibles usuarios susceptibles a la enfermedad.	Operativo	1. Bases de datos de usuarios desactualizados. 2. Negación de información por parte del usuario.	1. Deterioro de la salud del paciente 2. Propagación de la enfermedad 3. Trasmisión de enfermedad 4. Muerte del paciente	4	3	ALTA	1. Notificación a Eps. 2. Notificación a la secretaría de salud municipal departamental.	70	ALTA	De acuerdo a la frecuencia de eventos presentados	Reducir el riesgo	1. Total de eventos de pacientes sin ubicación dentro de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina / Total notificaciones a entes externos	Septiembre de 2016	1. Oficios de notificación radicados a las EPS del año 2020-2021	Se evidencian las notificaciones enviadas a las E.P.S.	

10	REFERENCIAL CONTRARREREFERENCIAL	1	Fallas de recepción de pacientes referidos.	Retención de camillas en las IPS receptoras del paciente remitido.	Cumplimiento	<p>1. Las IPS receptoras acepta usuarios en trámite de remisión sin tener disponibilidad de camas en el servicio.</p> <p>2. Las IPS se declaran en emergencia funcional, limitando las aceptaciones solo a urgencia vitales.</p> <p>3. Incumplimiento de la normatividad para la admisión del paciente remitido.</p> <p>4. Las IPS citan a los usuarios a determinadas horas para la admisión del paciente en el</p>	<p>1. Demora en la oportunidad del servicio de ambulancia.</p> <p>2. Afectación de la imagen corporativa de la institución</p>	5	3	EXTREMO	<p>1. Reporte y seguimiento diario de camillas retenidas.</p> <p>2. Reporte al CRUE (CENTRO REGULADOR)</p>	65	ALTA	<p>1. Diario =Reporte camillas retenidas.</p> <p>2. Mensual = Reporte CRUE</p>	Reducir el riesgo	1. Formato de reporte de camillas retenidas elaborado	Agosto de 2016	<p>Formato excel de camillas retenidas.</p> <p>Plantilla de seguimiento a informes de ley de la OCI</p>	30/08/2021	<p>1. Se evidencia que el área de referencia y contrareferencia llevan diariamente mediante formato excel el reporte de las camillas retenidas.</p> <p>2. Se evidencia que el área ha reportado los informes mensualmente siendo alguno inoportunos.</p>
		2	Inoportunidad en la prestación del servicio al paciente	Envío tardío de remisiones a la red prestadora de salud.	Cumplimiento	<p>1. Demoras en comunicar a la radio operadora los pacientes para el proceso de remisión.</p> <p>2. Demoras en la realización de evoluciones médicas de los pacientes en trámite de referencia.</p> <p>3. fallas en los procedimientos internos.</p>	<p>1. Inoportunidad en los tiempos de traslados de pacientes.</p> <p>2. Retrasos en el trámite de referencias.</p>	5	3	EXTREMO	<p>1. Reporte de los casos presentados durante el mes.</p>	25	EXTREMO	Mensual	Reducir el riesgo	1. No. de traslados con demoras en el trámite	Agosto de 2016	FICHA INDICADORES DE GESTION del año 2021		<p>Una vez revisada las ficha de indicadores de gestión del año 2020-2021, enviadas por el área encargada, se puede evidenciar los análisis y las observaciones mes a mes.</p>
11	SISTEMAS DE ATENCIÓN AL USUARIO	1	Deficiencia en la cobertura de la prestación del servicio del call Center	Deficiente capacidad del área para generar la prestación del servicio	Operativo	<p>1. Falta de personal.</p> <p>2. Inexperiencia del personal atención al usuario.</p>	<p>1. Insatisfacción del usuarios.</p> <p>2. Aumento de PQRs.</p> <p>3. Disminución de ingresos.</p>	5	3	EXTREMO	<p>1. Capacitación al personal SIAU</p> <p>2. Analisis de los reportes de llamadas (análisis de productividad)</p> <p>3. Capacitación a los usuarios</p>	70	ALTA	<p>1. Capacitación del personal = mensual</p> <p>2. Analisis de reportes = mensualmente</p> <p>3. Capacitación = mensualmente</p>	Evitar el riesgo	<p>1. No. De capacitaciones realizadas / No. De capacitaciones programadas</p> <p>2. No. De llamadas contestadas / No. de llamadas que entraron al sistema.</p> <p>3. No. De capacitaciones realizadas a los usuarios / No. De capacitaciones programadas</p>	Octubre de 2016	<p>1. Cronograma de capacitaciones al personal de SIAU y lista de asistencia</p> <p>2. in forme de los Analisis y reporte de contestación de llamadas</p> <p>3. cronograma de capacitación a los usuarios y lista de asistencia</p>	23/08/2021	<p>1. Se evidencia que en los meses de julio a diciembre del 2020, no se dio cumplimiento del 100% del cronograma de capacitaciones, debido al protocolo de bioseguridad del COVID19, para la vigencia de enero a julio del 2021, se evidencia el cumplimiento de las capacitaciones a usuarios y al personal de interno de SIAU.</p> <p>2. Se evidencia que se lleva el registro de las llamadas contestadas y las llamadas abandonadas, de esta forma medir la efectividad del proceso.</p>
																				<p>* Se evidencia cargue de información a las plataformas SIHO, CHIP, PAGINA WEB, SUPERSALUD de manera</p>

12	G E S T I O N F I N A N C I E R A	1	Inoportunidad y flujo de la información para registro, análisis y generación de informes	Inoportunidad y retrasos de información que se presentan dentro de los procesos internos y externos que impidan el flujo oportuno de información y veracidad de la misma.	Operativo	1. Fallas de comunicación aunque existan procedimientos internos, hay retrasos. 2. Procesos engorrosos. 3. Desconocimientos de los procedimientos internos.	1. Retrasos en los procesos financieros. 2. Informes poco objetivos. 3. Reprocesos administrativos. 4. Fallas en la calidad, oportunidad y inconsistencias y veracidad de la información generada. 5. Sanciones legales.	5	3	EXTREMO	70	ALTA	1. Registro diario de cuentas de cobro. 2. Comités financiero mensual. 3. Informes trimestral. 4. Informes supersalud semestral.	Reducir el Riesgo	1. No. De informes presentados / 2. No. De informes programados / 3. Comités ejecutados / 4. No. De comités programados / 5. Fecha de informes.	Agosto de 2016	Actas de socialización de estados financieros trimestrales y Acta de entrega de estados financieros con junta directiva a cierre periodo fiscal 2021.	31/08/2021	* Se realizaron en el año 2020, socialización de los Estados Financieros mediante Actas de Junta Directiva, igualmente en el año 2021 se socializa el primer y segundo trimestre se evidencia con acta de comité financiero, donde contemplan la socialización de los Estados Financieros en sus respectivos cortes contables.
		2	Insostenibilidad de la ESE a nivel Financiero	Falta de recursos económicos que impidan operar y generar sostenibilidad de la ESE	Operativo	1. Aceptación de glosas. 2. Diferentes causales y errores en la facturación. 3. Pérdida por margen de contratación.	1. Incumplimientos legales. 2. Intervención del ente de control.	5	5	EXTREMO	85	EXTREMO	1. Cartera mensual. 2. Auditorías médicas mensuales. 3. Capacitación quincenal. 4. Informes presupuestales y financieros mensuales.	Reducir el Riesgo	1. Indicadores mensuales del Área de cartera (rotación de cartera, eficiencia del recaudo, conciliaciones, glosas) y facturación. 2. No. De capacitaciones elaboradas / 3. No. De capacitaciones programadas por el Área de facturación.	Noviembre de 2014	Informes mensuales de cartera  Actas de asistencia y cronograma de actividades.	31/08/2021	* El área de Cartera, suministra los informes mensuales mediante SIMAD de los meses correspondientes a: agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2.020; y los informes de enero a julio de 2021.  * El área de Facturación, realizó capacitaciones según el cronograma año 2021 en los meses de junio, julio, Agosto los temas tratados fueron: Modalidad de contratación IPS EPS, Facturación de servicios Covid. Resolución, 9278 de 1993 _ Decreto 780 de 2016, resolución 27 / 2021, Tarifas de transporte en ambulancia y otros procedimientos.
		1	Vinculación del personal directo o indirecto sin los requisitos legales	Por diversos motivos se realiza una vinculación inadecuada del personal de planta y contratista.	Cumplimiento	1. Desconocimiento del procedimiento de vinculación. 2. Fallas en el análisis y verificación de datos.	1. Sanciones legales y disciplinarias. 2. Imagen corporativa afectada.	5	4	EXTREMO	0	EXTREMO	1. Verificación de listas de chequeo. 2. Verificación de títulos y su seguimiento. 3. Reporte de inducción. 4. Capacitaciones.	Reducir el riesgo	1. No. de listas de chequeo verificadas con el 100% de requisitos legales solicitados del personal directo e indirecto completamente / 2. No. de personal ingresado / 3. No. de verificaciones con nel 100% de la notificación de títulos realizadas /	Noviembre de 2016	1. LISTA DE CHEQUEO  2. NO. DE VERIFICACIONES/TOTAL DEL PERSONAL		Se evidencia la verificación de la lista de chequeo según la contratación realizada.  Se evidencia que el área de talento humano, realiza adecuadamente la verificación de títulos del personal que ingresa nuevo a la ESE CEO.

13	D E T A L E N T O  H U M A N O	2	Perdidas económicas por falencias en la Liquidación de la Nómina.	Fallas internas por desinformación, digitación, análisis que se presenten durante el proceso de la liquidación de nómina	Operativo	1. Falta de conocimiento técnico y continuidad en la ejecución del proceso 2. Generación de novedades a destiempo	1. Detrimento patrimonial 2. Demandas del personal	5	3	EXTREMO	1. Uso de software 2. Cadena de revisiones internas (tesorería, contadora, presupuesto, talento humano, subgerente y gerente)	80	ALTA	= depende de la contratación	No. total de personal directo e indirecto 3. No. de inducciones realizadas / No. de inducciones programadas	3. No. DE INDUCCIONES REALIZADAS	30/08/2021	Se observa que el area se encuentra realizando las inducciones que han sido programadas, por lo cual se encuentran cumpliendo con las mismas.	
															1. Reporte nomina generada desde el software 2. No. De nominas totalmente firmadas / No. De nominas revisadas	1 REPORTE DE NOMINA	Se evidencia que se realiza la liquidación de nómina, según el aplicativo, cumpliendo a cabalidad con la normatividad de liquidación, aplicando las novedades presentadas mensualmente, siendo archivadas. se anexa el archivo con los codigos donde las mismas pueden ser consultadas por el SIMAD		
14	G E S T I O N  D E B I E N E S Y	1	Elaborar contratos sin los requisitos legales	Proyección y emisión de contratos con ausencia de requisito legales	legal	1. Falta de planeación contractual. 2. Desconocimiento de las normas 3. Desactualización del manual de contratación.	1. Nulidad de contratos 2. Sanciones de los diferentes entes de control 3. Investigaciones penales	5	5	EXTREMO	1. Realización de Capacitaciones en actualización de normas o retroalimentar procesor con el personal de contratación. 2. Implementación de listas de chequeos a los procedimientos de contratación vigente para verificación de requisitos legales. 3. Comités de contratación en la periodicidad establecida.	85	EXTREMO	1. Capacitaciones = trimestral 2. Actualización de procedimientos periodicamente en coordinación con Calidad. 3. Comités de contratación= trimestrales	1. Capacitaciones realizadas / No. De capacitaciones programadas 2. No. De contratos verificados que cumplen con los requisitos legales / No. total de contratos suscritos. 3. No. De comités realizados	1. Relación Física de capacitaciones programadas vs realizadas 2021. 2. Acta y Lista de asistencia a capacitaciones.	30/08/2021	se evidencia que se han realizado las capacitaciones en el año 2021, se han adelantado 4 en los meses de febrero, marzo en dos ocasiones y mayo	
																	1. Contratos con los requisitos legales - control de legalidad	30/08/2021	se evidencia dos archivos denominados control de legalidad, donde se encuentra la relacion de contratos de las vigencias 2020 y 2021, donde se ha realizado control de legalidad por parte de la oficina de contratación.
																		1. Actas de comité 2019-2020	30/08/2021





16	V E S A L U D O C U P A C I O N A L  Y  M E D I O  A M B I E N T E	incendios	dentro de la ESE CEO	financieros													de extintores 3. Bimensual= Inspecciones de seguridad / Bimensual: capacitaciones	No. de extintores existentes 3. No. De inspecciones ejecutadas / No. De inspecciones programadas			3. Inspecciones formato 001-fo-HSEQ-VO	que se inicia realizar desde el mes de abril hasta el mes de junio de las diferentes sedes y corregimientos de la ESE CEO.  3. Se evidencia el cumplimiento de las inspecciones programadas para la vigencia evaluada
		2	Amenazas por infraestructura locativa	Deterioro y deficiencia de equipos e instalaciones que no cumplen con las especificaciones de infraestructura	Financiero	Falta de recursos financieros	Muerte, pérdidas económicas, falla infraestructura, cierres parciales de centro de salud	3	5	EXTREMO	Inspecciones de seguridad, Plan Hospitalario de Respuesta a emergencias		75	ALTA	1. Bimensual: Inspecciones de seguridad 2. Trimestral: plan hospitalario de respuestas a la emergencia	Reducir el riesgo	1. No. De inspecciones ejecutadas / No. De inspecciones programadas	Agosto de 2016	Informes bimensuales de inspecciones de seguridad	25/08/2021	Se evidencia el cumplimiento de las inspecciones programadas para la vigencia evaluada	
		3	inadecuada Segregación en la fuente	Inadecuada gestión y manejo externo e interno de los residuos hospitalarios y similares incluida la segregación, y tratamiento y disposición final de los recursos	Cumplimiento	falta de apropiación de las capacitaciones realizadas	Accidentes Biologicos e infracciones Ambientales	4	3	ALTA	Inspecciones segregación en la fuente y capacitación del personal		80	MODERADO	1. Semanal: inspecciones de segregación 2. Mensual: capacitaciones	Reducir el riesgo	1. No. De inspecciones ejecutadas / No. De inspecciones programadas  2. No. De capacitaciones ejecutadas / No. De capacitaciones programadas	Noviembre de 2014	formatos de inspeccion SOA-S2F3-V3-22/05/2014  actas de asistencia	1. Se evidencia que para los meses de julio a diciembre de la vigencia 2020, no se cumplió con el 100% de las inspecciones, pero se aclara que no fue posible realizarlas por bioseguridad por la pandemia del COVID19, en relación de los meses de enero a julio del 2021, se observa el cumplimiento del 100% de las inspecciones programadas.  2. Se evidencia el cumplimiento de las capacitaciones programadas para la vigencia del 2020 y 2021 (julio a Julio).  En general se observa la buena gestión del área		