FORMATO

MAPA DE RIESGO DE GESTIÓN - CORRUPCIÓN - SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN - FISCALES

PROCESO: GESTION GERENCIAL Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	CÓDIGO: GE-G-L-Fr	VIGENCIA: 27/02/2025	V3	PAGINA: 1 DE 1

EVALUACIÓN DE RIESGO DE:	Subgerencia tecnicocientifica - Urgencias			
FECHA DE REVISIÓN Y APROBACIÓN:	1/02/2025	VIGENCIA:	2025	FECHA DE SEGUIMIENTO: CUARTO TRIMESTRE 2025

Identificación del riesgo									Análisis del riesgo inherente						Evaluación del riesgo - Valoración de los controles									Evaluación del riesgo - Nivel del riesgo residual						Plan de Acción					
																		Atributos																	
Referencia	Proceso	Subproceso	Impacto	Causa Inmediata	Causa Raíz	Descripción del Riesgo	Clasificación del Riesgo	Frecuencia con la cual se realiza la actividad	Probabilidad Inherente	%	Criterios de impacto	Impacto Inherente	%	Zona de Riesgo Inherente	No. Control	Descripción del Control	Afectación	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Probabilidad Residual Final	%	Impacto Residual Final	%	Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Observaciones al Seguimiento	Estado
1	Servicio de urgencias	Gestión del servicio de urgencias	Económico y Reputacional	Multas, sanciones, demandas y pqrs por parte de las EAPB, entes territoriales, entes de control y usuarios	Inoportunidad en la atención y prestacion del servicio de urgencias.	Posibilidad de afectación económica y reputacional por multas, sanciones, demandas y pqrs de los usuarios debido a inoportunidad en la atención y prestacion del servicio de urgencias.	Ejecución y Administracion de procesos	20000	Muy Alta	100%	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	1	La ESECEO cuenta en el servicio de urgencias con un software institucional, donde genera alertas cuando se está superando el tiempo de espera en la atención de los pacientes según la clasificación del triage	Probabilidad	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Sin Registro	Media	50%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	Indigo Vía alerta tiempos de espera e identificación por color de acuerdo a la clasificación del triage Rojo, Naranja, Amarillo, Verde establecidos seguimiento en la atención por parte del médico triage y enfermera jefe servicio. Seguimiento a tiempos de atención por sedes y presentación comité técnico-científico .	Subgerencia servicios de Salud / Gestión servicios hospitalarios	1/01/2025	Mensual	seguimiento diario por parte personal enfermería y mensual por parte líder proceso	permanente
															2	El servicio de urgencias cuenta con una auxiliar triage asignada en cada turno que realiza la verificación y seguimiento en la atención en el software institucional en busca que no se supere el tiempo de espera según la clasificación del triage.	Probabilidad	Detectivo	Manual	35%	Sin Documentar	Anualmente	Sin Registro	Bajo	35%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)						permanente
															3	Se realiza seguimientos por médico concurrente/jefe de zona en los servicios de urgencias donde se verifica la oportunidad en la atención según la clasificación del triage, generando informes y llevándolos al comité técnico científico.	Impacto	Correctivo	Manual	35%	Documentado	Ocasional	Con Registro	Baja	35%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	Rondas por parte del médico concurrente , respectivos acercamientos con el profesional y enfermeras del servicio	/ Calidad/ Gestión servicios hospitalarios	1/01/2025	Mensual	Rondas permanentes a los servicios	permanente
2	Servicio de urgencias	Gestión del servicio de urgencias	Económico y Reputacional	Multas, sanciones, demandas y pqrs por parte de las EAPB, entes territoriales, entes de control y usuarios	Fallas en el adecuado diligenciamiento de la historia clínica	Posibilidad de afectación económica y reputacional por multas, sanciones, demandas y pqrs debido a fallas en el adecuado diligenciamiento de la historia clínica.	Usuarios, productos y practicas organizacionales	20000	Muy Alta	100%	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	1	El área de calidad audita de forma mensual y aleatoriamente el registros de historia clínica en busca de verificar el correcto diligenciamiento de las mismas, generando informes.	Probabilidad	Detectivo	Manual	50%	Documentado	Anualmente	Con Registro	Alto	70%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	Auditoria de historias clínicas y reporte de cumplimiento por parte de los profesionales que debe estar por encima del 90%. Socialización profesionales que están por debajo del porcentaje / rondas de seguridad del paciente	/ Calidad/	1/01/2025	Mensual	Planes de mejora Calidad y Agremiación	permanente
															2	Los informes de las Auditorias son socializados en el comité de Historias clínicas, donde se revisan los hallazgos encontrados y generando estrategias de mejoramiento.	Impacto	Correctivo	Manual	25%	Documentado	Anualmente	Sin Registro	Alto	70%	Moderado	60%	Alto	Reducir (mitigar)						permanente
															3	El área de calidad realiza capacitaciones por las áreas en el adecuado diligenciamiento de historia clínica conforme al cronograma de capacitaciones de la vigencia	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	Media	42%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	Plan anual de capacitaciones	/ Calidad/ Talento Humano	1/01/2025			permanente
3	Servicio de urgencias	Gestión del servicio de urgencias	Económico y Reputacional	Multas, sanciones, demandas y pqrs por parte de las EAPB, entes territoriales, entes de control y usuarios	Falla en la adherencia a guías de práctica clínica en la atención de los usuarios.	Posibilidad de afectación económica y reputacional por multas, sanciones, demandas y pqrs debido a falla en la adherencia a guías de práctica clínica (GPC) en la atención de los usuarios.	Usuarios, productos y practicas organizacionales	20000	Muy Alta	100%	Entre 100 y 500 SMLMV	Mayor	80%	Alto	1	El área de calidad audita de forma mensual y aleatoriamente el registros de historia clínica en busca de verificar la adherencia de las guías clínicas, para lo cual se cuenta con lista de chequeo, generando informes.	Probabilidad	Detectivo	Manual	50%	Documentado	Anualmente	Con Registro	Alto	70%	Mayor	80%	Alto	Reducir (mitigar)	Protocolos de Londres liderados por calidad de incidentes en eventos adversos presentados	/ Calidad/ Gestión servicios Hospitalarios		Mensual	Planes de mejora Calidad y Agremiación	permanente
															2	Los informes de las Auditorias son socializados en el comité de Historias clínicas, donde se revisan los hallazgos encontrados y generando estrategias de mejoramiento por falta de adherencia a GPC.	Impacto	Correctivo	Manual	35%	Documentado	Anualmente	Con Registro	Alto	70%	Moderado	60%	Alto	Reducir (mitigar)	Retroalimentación al personal por parte de los médicos concurrentes o coordinadores servicio de urgencias de protocolos de londres analizados y hallazgos de auditorias	/ Calidad/ Gestión servicios Hospitalarios	1/01/2025			permanente
															3	El are de calidad realiza capacitaciones por las áreas temáticas según las guías Practicas clínicas	Probabilidad	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Anualmente	Con Registro	Media	42%	Moderado	60%	Moderado	Reducir (mitigar)	Socialización de circulares de eventos adv pública y el reporte oportuno de estos eventos . Cumplimiento a protocolos de seguridad del paciente	/ Calidad/ Gestión servicios Hospitalarios				permanente