



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL  
HOSPITAL SAN FRANCISCO  
E.S.E



**RESOLUCION No. 020**

**(11 DE ENERO DE 2022)**

**POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA EL MAPA DE RIESGO DE LA E.S.E  
HOSPITAL SAN FRANCISCO**

**VIGENCIA 2022**

LA GERENTE DE LA ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO,  
En uno de sus atribuciones que le confiere la ley y los Estatutos de la E.S.E Hospital  
San Francisco y

**CONSIDERANDO:**

- A. Que la Constitución Política de Colombia en el artículo 209, establece que la administración pública en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la Ley.
- B. Que la Ley 87 de 1993 establece como objetivos del Sistema de Control Interno, proteger los recursos de la organización buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten, así como definir y aplicar medidas para prevenirlos, y detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.
- C. Que así mismo, el Decreto 1537 de 2001 en su artículo 4º. señala que la Administración del Riesgo es parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas; y que, en ese orden de ideas, las autoridades establecerán y aplicarán políticas de administración de los riesgos.
- D. Que mediante el Decreto 1599 de 2005 se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el estado colombiano.
- E. Que mediante resolución interna Nro. 500 del 26 de septiembre de 2008, la ESE Hospital, adoptó el modelo estándar de Control Interno.
- F. Que mediante Decreto 943 de mayo de 2014, por medio del cual se implementa el nuevo modelo estándar de Control Interno para el estado colombiano, determinó el Componente Administración del Riesgo, como elemento fundamental dentro de la estructura MECI, en donde se deben implementar las Políticas de Administración del Riesgo (identificación del riesgo en su contexto estratégico e identificación; y el Análisis y Valoración del

*Handwritten signature*



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL  
HOSPITAL SAN FRANCISCO  
E.S.E



Riesgo, para lo cual es importante tener en cuenta dentro de la administración del riesgo el cumplimiento del artículo 73 de la Ley 1474 de 2011. En este sentido, la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, diseñó una metodología para elaborar la estrategia de Lucha contra la Corrupción y de Atención al Ciudadano, que debe ser implementada por todas las entidades del orden nacional, departamental y municipal. Dentro de los temas que contiene esta estrategia, se encuentra el mapa de riesgos de corrupción.

- G. Que al interior de la E.S.E. Hospital San Francisco se adelantó un trabajo conjunto entre la oficina de Coordinación de Control Interno con participación del personal técnico y personal responsable por la ejecución de los procesos de prestación de servicios misionales, de apoyo y de control y seguimiento para la identificación de riesgos, valoración, definición de políticas de administración de riesgos y consolidación de mapas de riesgos actualizado conforme al manual de procesos y procedimientos versión 2.0
- H. Que es necesario difundir al interior del Hospital, las políticas de administración del riesgo, así como las acciones encaminadas a su manejo y/o reducción, con el fin de garantizar el mejoramiento en la calidad de la prestación de los servicios de salud.
- I. Que, en razón de lo anterior, se hace necesario aprobar y adoptar las políticas de administración y el mapa de riesgos de la Empresa Social del Estado, Hospital Clarita Santos, correspondientes a los procesos de prestación de servicios misionales, de apoyo y de control del manual de Procesos y Procedimientos versión 2.0.

En mérito de lo expuesto,

## RESUELVE

ARTICULO PRIMERO. - Adoptar el Mapa de Riesgo Consolidado de la E.S.E. Hospital San Francisco, que se anexa a la presente Resolución, la cual es concebido como una herramienta de gestión a implementar para minimizar, monitorear o corregir los riesgos y evitar la extensión de sus efectos, bajo parámetros de calidad, eficiencia, economía y eficiencia.

ARTICULO SEGUNDO: son responsables de la Administración de los riesgos, al interior de la E.S.E los jefes de Procesos quienes coordinaran la realización e implementación de las técnicas y metodologías para administrar el riesgo.

*Handwritten signature and date:*  
2016/02/20



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL  
HOSPITAL SAN FRANCISCO  
E.S.E



ARTÍCULO TERCERO: Las acciones de control establecidas en el mapa de riesgo son objeto de seguimiento en su ejecución por parte de la Oficina de Control Interno.

ARTÍCULO CUARTO: El Mapa de Riesgo de la E.S.E. será socializada por la oficina de Control Interno a cada jefe de proceso.

ARTICULO QUINTO: La presente resolución rige a partir de su fecha de expedición.

Dada en Ciénaga de Oro, a los 11 días del mes de enero de 2022.

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

  
**ANDREA CEBALLOS TERAN**  
Gerente

Proyecto: AURY MENDOZA C.  
JEFE CONTROL INTERNO



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL**  
**HOSPITAL SAN FRANCISCO**  
**E.S.E**



**MAPA DE RIESGOS CONSOLIDADO DE LA E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO**  
**2022**

DEPENDENCIA OFICINA	RIESGO	IMPA CTO	NIVE L	CAUSAS	CONSECUENCIAS	ACCIONES	CRONOGRAMA	INDICADOR	RESPONSABLE
SIAU	Falta de privacidad	3	3	Más de un funcionario en la misma oficina y sin ninguna división.	El usuario se siente restringido para expresar su inconformidad con el servicio prestado.	Remodelar y dividir el área establecida para la oficina de SIAU.	Acorde plazo	Oficina con división para mejorar la privacidad	Gerencia
OFICINA JURIDICA	Los contratistas no presentan a tiempo la documentación necesaria para legalización del contrato.	3	3	Atraso en la legalización de los contratos	Incumplimiento del decreto 1510 de 2013(publicación de los contratos en la página web de la entidad y en el SECOP)	Revisión de documentos exigidos por el manual de contratación de la E.S.E. antes de elaborar el contrato.	Enero 2022 a diciembre 2022	Contratos elaborados y publicados en la página web y SECOP / Número total de contratos firmados.	Oficina de Jurídica.
ODONTOLOGIA	Falta de agua potable en el centro de salud de Pijigayal	3	3	Agua no óptima para procedimientos odontológicos.	Genera daños en los equipos y produce oxido en los instrumentos odontológicos.	Instalar un filtro de agua en el suministro de agua en el área de odontología.	Inmediato	Usuarios atendidos con agua potable/núm. total de usuarios atendidos con agua potable.	Gerencia
TESORERIA	Pago sin el lleno de los requisitos legales	2	2	Incumplimiento de las normas legales	Hallazgo de tipo administrativo, cuentas incompletas, incumplimiento de procesos y procedimientos.	Dar cumplimiento a la lista de chequeo adoptada por la E.S.E	Permanente	# total de cuentas pagadas sin cumplimiento del ítem de la lista chequeo	Jefe de Talento Humano
ALMACEN	No contar con un inventario actualizado en el sistema	3	3	Hallazgos de tipo administrativo, cuentas incompletas, incumplimiento de procesos	No se puede realizar un control adecuado al inventario existente en almacén.	Sistematizar el área de almacén	Inmediato	Total, inventario de almacén/inventario de almacén sistematizado	Comité de compra



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL  
HOSPITAL SAN FRANCISCO  
E.S.E

CONTROL INTERNO	No se da cumplimiento a las recomendaciones de la oficina de Control Interno.	3	2	Falta de compromisos y sentido de pertenencia de los funcionarios para atender las recomendaciones de las auditorías y de la gerencia por falta de colaboración con esta oficina.	Estancamientos de los procesos.	Socializar con el área auditada y gerencia los hallazgos encontrados para comprometer al coordinador del área implicada a realizar y cumplir con el plan de mejoramiento.	Enero 2022 a diciembre 2022	Números de acciones correctivas / números de hallazgos encontrados.	Jefe de Control Interno.
	Seguimientos a los informes presentados por las áreas de la E.S.E ante los Entes de control.	3	2	Verificar el envío de los informes exigido por los entes de control.	Consecuencias legales y judiciales para el funcionario de control Interno.	Cronograma de informes realizados para lo entes de control	Semestralmente	Números de informes publicados dentro del término / números de informe estipulado en el cronograma de informes	Jefe de control interno
TALENTO HUMANO	No se cuenta con los medios necesarios para la coordinación de las diferentes actividades propias del cargo, relacionadas con instituciones externas.	2	2	Falta de recursos financieros para este fin.	No se gestiona adecuadamente capacitaciones con entidades externa	Realizar y entregar a la gerencia un cronograma de actividades mensuales para su aprobación y este a su vez autorice a pagaduría los recursos necesarios y a tiempo para este fin.	Enero 2022 a diciembre 2022	Actividades realizadas/ actividades relacionadas en el cronograma.	Jefe de Talento Humano, gerencia y pagaduría.
	Dar cumplimiento al Plan de Incentivos para los funcionarios.	3	2	Falta de estímulo a los funcionarios de la entidad la cual está amparada en el decreto 1567 de 1998 y la ley 443 d3e 1998.	Falta de compromiso con la entidad, falta de estímulo para el trabajo en grupo.	Actualizar, ejecutar y hacerle seguimiento al plan de Incentivos.	Enero a diciembre de 2022	Incentivos realizados a los funcionarios / cronograma de plan de Incentivos	Jefe de Talento Humano





**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL**  
**HOSPITAL SAN FRANCISCO**  
**E.S.E**

<b>ARCHIVO Y ESTADISTICA</b>	Las cajas archivadoras están amontonadas y se dificulta el mantenimiento de los documentos allí guardados.	2	2	No hay espacios en los estantes para colocar las cajas de archivo	Desorden en la ubicación de las cajas archivadoras.	compra de estantes	inmediato	numero de cajas archivadoras ordenadas en los estantes/total de cajas archivadoras en las áreas de Archivo y Estadística	Comité de Compras y gerencia
<b>URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN</b>	Insatisfacción de algunos usuarios en el proceso inicial de atención y tratamiento en este servicio.	2	2	Inconformismo por parte de los usuarios.	Pérdida de credibilidad en la atención de salud.	Capacitación a los funcionarios encargado de la atención asistencial en el área de Urgencia y Hospitalización	Enero 2022 a diciembre 2022	Número de usuarios insatisfecho/número total de usuarios atendidos	Coordinador de Urgencias y jefe de enfermero (a)
<b>AUDITORA DE CALIDAD</b>	Desvío de políticas, objetivos y metas establecidos por la entidad	3	2	Incumplimiento de directrices definidas por la entidad.	Ambiente laboral desfavorable, personal desmotivado, insatisfacción en la prestación del servicio por parte de los usuarios finales.	Definición y documentación de las políticas y metas de la entidad. Establecimiento de un manual de calidad y operaciones. Capacitación y entrenamiento a todos los funcionarios de la entidad. Seguimiento al entendimiento y aplicación de políticas, objetivos y metas aplicables al responsable del proceso.	Enero de 2022 a diciembre de 2022	Número de políticas y metas definidas/número de metas y políticas cumplidas	Coordinación de calidad y talento humano
	No cumplir con el cronograma de actividades del proceso de seguridad del paciente en la entidad.	2	2	Proceso de seguridad del paciente con debilidades en su etapa de ejecución por falta de presupuesto.	Deterioro de la cultura organizacional, incumplimiento de la norma, reproceso.	Seguimiento al cronograma de seguridad del paciente. Campañas de sensibilización.	Enero de 2022 a Diciembre de 2022	Actividades programadas de seguridad del paciente ejecutadas/actividades de seguridad del paciente programadas.	Coordinación de calidad





SEMPRE CON CALIDAD Y POR LA BUENA MANEJA EN LA SALUD

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL  
HOSPITAL SAN FRANCISCO  
E.S.E



	Inoportunidad del seguimiento a las acciones de mejora.	2	2	Falta de compromiso por los líderes del proceso. No se reportan los planes de mejoramiento con oportunidad al área de calidad. Falta de gestión por la consecución de los recursos que dan cumplimiento a las acciones de mejora.	Ausencia de mejora continua en los procesos.	Levantamiento del plan de mejora con los líderes de los procesos auditados. Seguimiento trimestral de los planes de mejora	Enero de 2022 Diciembre de 2022	Actividades realizadas/actividad es propuestas	Coordinación de calidad
FACTURACION	Dificultad para acceder a citas médicas por vía telefónica	2	2	Aumentan las quejas de usuarios por inconformidad en el servicio de citas médicas	Inconformismo de los usuarios que generan quejas ante las entidades correspondientes.	Hacer seguimiento en el área de facturación para verificar la eficacia de los colaboradores asignados para esta función.	A corto plazo	Aumento de ingresos a urgencia por cobro de servicios contratados.	Coordinador de facturación y jefe de urgencia.
	No facturación de servicios prestados por particulares y no cobro de copagos.	3	3	Falta de ética del personal. Falta de compromiso con la Institución. Ausencia de valores corporativo. Falta de puntos de control y seguimiento.	Perdidas de recursos económicos de la E.S.E Hospital San Francisco.	Hacer seguimiento en el área de facturación de urgencia para verificar la eficacia de los colaboradores encargados de facturar en esta área.			

IMPACTO	NIVEL DEL RIESGO
1	BAJO
2	MODERADO
3	ALTO

AURY E. MENDOZA CASTAÑO  
control interno