



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Hospital San Francisco
E.S.E.



RESOLUCIÓN NO. 015
(14 DE ENERO DE 2019)

POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA EL MAPA DE RIESGO Y LA POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGO AL INTERIOR DE LA ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO

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:

1. Que el artículo 209 de la Constitución Política, establece que la Administración Pública en todos sus órdenes tendrá un Control Interno que se ejercerá en los términos que señala la ley.
2. Que el artículo 269 de la misma Carta Política estipula que en las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de Control Interno de conformidad con lo que disponga la ley.
3. Que el artículo 6 de la ley 87 de 1.993, dispuso que el establecimiento y desarrollo del sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimiento al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del Control Interno, también será responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos.
4. Que el literal f) del Artículo 2 de la Ley 87 de 1993, establece como uno de los objetivos del Sistema de Control Interno definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos.
5. Que mediante el Decreto 1599 de 2005 y el 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 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.
6. estableció el Modulo Estándar de Control Interno MECI 1000 de 2005 para las Entidades Públicas, y en él se establece como componente prioritario el sistema de administración de riesgos.
7. Que el Decreto 1011 de 2006 en su artículo 6°. Establece como uno de los objetivos principales del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de la Calidad para la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en

16/01/2019



REPUBLICA DE COLOMBIA,
MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Hospital San Francisco
E.S.E.



salud, la protección a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud.

8. Que en virtud de lo anterior se hace necesario adoptar las políticas de Administración de Riesgos para la empresa social del estado Hospital San Francisco.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: ALCANCE. La administración de Riesgos en la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco, tendrá un carácter prioritario y estratégico y estará fundamentada en el modelo de Gestión por Procesos. En virtud de lo anterior, la identificación, análisis y valorización de los riesgos se circunscribirá a los objetivos estratégicos de cada proceso.

ARTICULO SEGUNDO: RESPONSABLE. El responsable de la definición de las políticas de Administración de Riesgos es el comité Coordinador del Sistema de Control Interno de la Empresa Social del Estado Hospital San Francisco.

ARTICULO TERCERO: POLITICA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS. "La E.S.E. Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro, busca proteger a sus usuarios de los posibles riesgos a asociados a la prestación del servicio de igual manera mantener buenas relaciones de la entidad con sus grupos de interés, utilizar en forma efectiva y eficiente los recursos de la entidad, proteger contra daño o perdidas los bienes de la institución, así mismo preservar el medio ambiente para tal efecto realizara la identificación, análisis, valoración e interpretación de los riesgos inherentes al que hacer institucional contribuyendo de esta forma a garantizar el cumplimiento de la Misión y Objetivos Institucionales de la E.S.E cumpliendo con la normatividad existente en la entidad".

ARTICULO CUARTO: GESTION DE RIESGO. La gestión de riesgo incluye la Guía de Administración de Riesgos de la E.S.E Hospital San Francisco de la cual hace parte integral:

- + Planeación de la Administración del Riesgo
- + Valoración del Riesgo
- + Manejo del Riesgo
- + Monitoreo
- + Matriz del Mapa de Riesgo

ARTICULO QUINTO: MAPA DE RIESGO. La herramienta conceptual y metodológica para la valoración de los riesgos en la E.S.E Hospital San Francisco es el Mapa de Riesgo.

PARAGRAFO: La responsabilidad de la elaboración del Mapa de Riesgos estará a cargo de los responsables de cada uno de los procesos.

10 febrero 2017



REPUBLICA DE COLOMBIA,
MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Hospital San Francisco
E.S.E.



Los responsables de los procesos serán los encargados de implementar los controles, verificar su efectividad, proponer cambios, velar por su adecuada documentación, por su socialización y aplicación al interior de su proceso.

El comité Coordinador del Sistema de Control Interno es el encargado de aprobar y adaptar las modificaciones al Mapa de Riesgos.

La medición de los avances de las acciones de respuesta estará a cargo del grupo interno de trabajo de Control Interno.

ARTICULO SEXTO: MONITOREO DEL MAPA DE RIESGO. De acuerdo a las Políticas de Administración de Riesgo establecidos por la entidad, se debe monitorear el mapa de Riesgos, con el fin de actualizarlo permanentemente, con base en los objetivos, riesgos y controles existentes.

ARTICULO SEPTIMO: DIVULGACION, Las Políticas de Administración de Riesgos y el mapa de riesgo se divulgan a todos los funcionarios de la empresa a través de los medios de comunicación, charlas informativa, así como de la socialización al interior de cada uno de los procesos

ARTICULO OCTAVO: VIGENCIA. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLESE

Dada en Ciénaga de Oro, a los catorce (14) días del mes de enero de 2019


ANDREA CEBALLOS TERAN

Gerente

Elaboró: Aury M. 
Revisó: Willian M.
Publicado en: página WEB



MAPA DE RIESGOS CONSOLIDADO DE LA E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO
 2.019

DEPENDENCIA U OFICINA	RIESGO	IMPACTO	NIVEL	CAUSAS	CONSECUENCIAS	ACCIONES	CRONOGRAMA	INDICADOR	RESPONSABLE
SIAU	Espacio insuficiente y ubicación inadecuada de la oficina de SIAU		2	Espacio restringido	Incomodidad para atender a los Usuarios y familiares en un sitio agradable y cómodo.	Remodelar y dividir el área establecida para la oficina de SIAU.	Acorto plazo	Diseño del proyecto de remodelación	Gerencia
	Falta de privacidad		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.	Acorto plazo	Diseño del proyecto de remodelación	Gerencia
OFICINA JURIDICA	Falta de privacidad.	3	3	Infraestructura insuficiente.	Se puede filtrar información delicada y perjudica el proceso.	Remodelar y dividir el área, para mejorar la privacidad.	inmediato	Diseño de proyecto de remodelación	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 2017 a diciembre 2017	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 centros de salud de Pijiguayal	3	3	Agua no óptima para procedimientos odontológicos.	Genera daños en los equipos y produce oxido en los instrumentos odontológicas.	Suministrar agua potable para el área de odontología	inmediato	Usuarios atendidos con agua potable/núm. total de usuarios a tendidos con agua potable.	Gerencia	
	Ausencia de equipos biomédicos (autoclave) en los centros de salud de Pijiguayal y Punta de Yánez	3	3	Aplicación de la Resolución 2183 de 2004	Falta de prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmisibles	Adquisición de autoclaves para la correcta esterilización del instrumental odontológico de los centros de salud de Pijiguayal y Punta de Yánez	inmediato	Implementos odontológicos del centro de salud Punta de Yánez y Pijiguayal esterilizado en autoclave.	Gerencia Comité de compras.	



MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Hospital San Francisco
E.S.E.



	Perdida o contaminación de los instrumentos utilizados en esta área			No hay un mueble apropiado que cumpla con los requisitos necesarios para guardar los instrumentos utilizados en odontología.	Los instrumentos están expuestos a contaminación y/o pérdida de ellos.	Dotar al área de odontología un mueble apropiado para guardar los instrumentos de odontología.	acorto plazo	Mueble para guardar los instrumentos odontológicos	gerencia	
LABORATORIO CLINICO	las auxiliares de laboratorio no utilizan dotaciones especiales para el manejo de útiles de laboratorio		3	Las auxiliares están expuestas directamente con los químicos utilizados en laboratorio.	Enfermedades y quemaduras en la piel, contaminación en los ojos, etc.	Suministrar dotaciones especiales para las auxiliares de esta área.	inmediato	Auxiliares de laboratorios con dotaciones especiales.	Gerencia y Coordinador de Laboratorio.	
PROMOCION Y PREVENCIÓN	PROMOCION Y PREVENCIÓN: Inasistencia de los usuarios de los diferentes programas de promoción y prevención a las citas programadas con médico o enfermera.	1	1	Los usuarios no tienen en cuenta las fechas asignadas.	Alteración en las metas del programa	Llamar telefónicamente el día anterior a los usuarios que tienen citas programadas con el fin de confirmar la asistencia al control. -Implementar reprogramación de citas incumplidas. - Oficiar a las EPS mensualmente el registro de inexistentes	Enero a diciembre 2017	Total usuarios que no asisten a las citas medica/usuarios citados a la consulta *100) 5/45*100	Coordinador de P y P	



	Programa de Crónicos y Otras Enfermedades de Interés en Salud Pública	3	3	BIOLÓGICO: Proliferación de microorganismos (virus, bacterias) por las patologías que se manejan.	Proliferación de microorganismos (virus, bacterias) por las patologías que se manejan.	Adecuación de un espacio o consultorio para la atención de los pacientes con TB, LEPROA, ITS, y LEISHMANIASIS.	inmediato	Consultorio adecuado para la atención de pacientes con alto riesgo de contagio.	Gerencia Salud ocupacion al Jefe programa Crónicos y Otras Enfermedades de Interés en Salud Pública
	Inasistencia al programa de tuberculosis para suministro de medicamentos por falta de disposición de los afectados.	3	3	Incumplimiento de la E.S.E con el programa de TBC.	Sanciones impuestas por la secretaria de salud a la E.S.E.	Incentivar e indicar a los usuarios inscritos al programa TBC la importancia de asistir diariamente a la E.S.E para el suministro de medicamentos.	Enero a diciembre 2017	Usuarios que asisten al programa TBC / total usuarios inscritos en el programa TBC. 3/5*100	Coordinador de P y P
CONTABILIDAD	falta de privacidad	3	3	Ingreso de personas no autorizada a la oficina	Dificultad para ingresar información al proceso contable y pérdida de tiempo	Restringir el ingreso del personal no autorizado a la oficina.	Inmediato.	Diseño proyecto remodelación.	Gerencia
	Software contable desactualizado.	3	3	Es lento y no contiene los nuevos programas	Dificultad para implementar las NIF	Cambiar o actualizar el software.	inmediato	Adquisición de software	Gerencia y Comité de Compras



PRESUPUESTO	Perdida de documentos	1	1	Esta área carece de un archivador con llaves para asegurar los documentos importantes	Se puede extraviar una resolución o un documento el cual puede ser un soporte de un movimiento presupuestal.	Adquirir un archivador que asegure la protección de los documentos que se generen y/o sirvan de soporte para esta área.	Acorto plazo	Adquirir un archivador	Gerencia	
TESORERIA	Pago sin el lleno de los requisitos legales	2	2	Incumplimientos de las normas legales	Hallazgos de tipo administrativo, cuentas incompletas, incumplimiento de procesos y procedimiento	Dar cumplimiento a la lista de chequeo anexa a las cuentas por Pagar.	permanentemente	# de cuentas pagadas sin los debidos soportes/# total de cuentas cancelada	tesorería	
	El uso de caja menor carece de soportes, firmas y recibo que demuestren el buen manejo de estos recursos			Incumplimientos de las normas legales.	Hallazgo de tipo administrativo.	Realizar los recibos y anexar los soportes del manejo de caja menor de la E.S.E. Hospital San Francisco.	Inmediato	recibos con soporte de los desembolsos de caja menor	tesorería	
ALMACEN	Está ubicado fuera de las instalaciones de la E.S.E y el espacio físico es reducido fuera de las instalaciones de la E.S.E.	3	2	Infraestructura de la entidad es insuficiente para el área de almacén	Custodia inadecuada por parte del responsable de esta área, riesgo que se pierdan elementos del almacén por falta de vigilancia	Reubicar el área en un lugar apropiado dentro de la infraestructura de la entidad.	Inmediato	Diseño de proyecto de reubicación.	Gerencia	



	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	
CONSULTA EXTERNA	Carencia de un servicio con calidad por falta de privacidad, comodidad y espera prolongadas de los usuarios para ser atendidos por los médicos.	2	2	Los usuarios se desesperan y se vuelven agresivos y falta de confianza con el médico.	Llegada tarde a la cita médica. Prolongación de tiempos en la consulta.	Proporcionarles sillas adecuadas. Prohibir el ingreso de funcionarios, visitantes médicos amigos, etc. al consultorio durante la consulta médica.	inmediato	Número de usuarios satisfecho en las consultas externas / número total de usuarios en consultas externas	Coordinador medico Comité de compras.	
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 este oficina. Incumplimiento de las normas legales.	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 2017 a diciembre 2017	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 los entes de control	Semestralmente	Números de informes publicados dentro del término / números de informe estipulado en el cronograma de informes	Jefe de control interno	
	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 externas.	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 2017 a diciembre 2017	Actividades realizadas/ actividades relacionadas en el cronograma.	Jefe de Talento Humano, gerencia y pagaduría.	



MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Hospital San Francisco
E.S.E.



	Carencia del 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 2017	Incentivos realizados a los funcionarios / cronograma de plan de Incentivos	Jefe de Talento Humano	
ARCHIVO Y ESTADISTICA	Perdida de correspondencia	2	2	Mora en los trámites administrativos	Incumplimiento de términos para responder ante los entes de control	Correcto diligenciamiento y control de los libros de radicación y préstamo	Inmediato	# de documentos recibidos extraviados/# total de documentos recibidos * 100	Jefe de Estadística y Jefe de Archivo	
	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	



MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Hospital San Francisco
E.S.E.



URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN	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 2017 a Diciembre 2017	Número de usuarios insatisfecho/número total de usuarios atendidos	Coordinador de Urgencias y jefe de enfermeros (a)	
AUDITORA DE CALIDAD	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 2017- Diciembre de 2017	Numero de políticas y metas definidas/número de metas y políticas cumplidas	Coordinación de calidad y talento humano	
	Incumplimiento en la conciliación de glosas y recobros	2	2	Proceso de depuración de cartera más difícil y prolongada en el tiempo	Incumplimiento en el proceso de cobro de la entidad.	Acudir a la parte legal y contractual que se tiene con cada una de las entidades para pasar a la etapa de cobro coactivo, toda vez que se agote la vía persuasiva.	Enero de 2017- Diciembre de 2017	Numero de recobros y glosas conciliadas/ total de glosas y recobros por conciliar.	Coordinación de calidad	
	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 2017- Diciembre de 2017	Actividades programadas de seguridad del paciente ejecutadas/actividades de seguridad del	Coordinación de calidad	



								paciente programadas.		
	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 continúa en los procesos.	Levantamiento del plan de mejora con los líderes de los procesos auditados. Seguimiento trimestral de los planes de mejora	Enero de 2017-Diciembre de 2017.	Actividades realizadas/actividades propuestas	Coordinación de calidad	
	Falta de cumplimiento en los estándares de acreditación.	2	2	Débil conocimiento de los colaboradores en la normatividad relacionada con la acreditación. Falta de recursos que permitan cumplir con los estándares de acreditación	Incumplimiento de los estándares de acreditación.	Socialización de las normas, autoevaluaciones con los líderes de los procesos. Elaboración de cronogramas para entrega de mejoras. Acompañamiento permanente.	Enero de 2017-Diciembre de 2017	Calificación de estándares de autoevaluación de acreditación iniciales/comparativos con el siguiente año	Coordinación de calidad	

IMPACTO	NIVEL DEL RIESGO
1	BAJO
2	MODERADO
3	ALTO

Aury Estela
AURY/ESTELA MENDOZA CASTAÑO
 Jefe de Control Interno