

INFORME PRIMER SEGUIMIENTO GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO POR PROCESO

La Gestión Integral del Riesgo (GIR¹) permite: analizar, valorar, monitorear y controlar los riesgos identificados por cada líder de su proceso, teniendo en cuenta que esto se realiza con el fin de garantizar un seguimiento continuo a sus riesgos, y en lo posible minimizar que se materialicen en algún proceso y en consecuencia llegue a afectar a la institución.

Teniendo en cuenta que en el ultimo trimestre del año 2022, con la estrategia de trabajar con cada uno de los líderes de los diferentes procesos del HUDN², se revisó la anterior matriz de riesgos y se actualizaron los riesgos por proceso, adoptando la matriz y el consolidado de la versión 5 del DAFP³, explicándoles la metodología a utilizar y realizando el debido acompañamiento, por esto es importante entender que estamos alineados con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG⁴) en el cual existen tres líneas de defensa: en la primera línea están los líderes de todos los procesos del hospital, quienes identifican los riesgos de sus áreas, y realizan seguimiento; en la segunda línea esta la Oficina Asesora de Planeación, quien identifica la metodología ideal para manejar los riesgos de la institución, acompaña, y le realiza seguimiento a los controles y planes de acción identificados por cada proceso; por último, ésta la tercera línea que pertenece a la Oficina de Control Interno de Gestión, quien proporciona aseguramiento objetivo e independiente sobre la eficacia de gobierno, gestión de riesgos y control interno a la alta dirección de la entidad, incluidas las maneras en que funciona la primera y segunda línea de defensa.

Para el proceso del primer seguimiento de GIR para el año 2023, se realizó la estrategia de trabajo en cada puesto de los líderes de los 21 procesos del HUDN, en los cuales se analizaron los riesgos y los controles identificados, teniendo en cuenta que si dicho riesgo estaba en alto o extremo se debía evaluar también el plan de acción. Para este seguimiento se adoptó la matriz y consolidado de riesgos de la Versión 5 del DAFP

Para el primer seguimiento de riesgos por proceso se puede evidenciar que:

- Se identificaron 120 riesgos por los 21 procesos en toda la institución, de los cuales hay 4 materializados, pertenecientes (3 a Gestión de la Información y uno a Gestión Jurídica) lo cual equivale al 3% de un 100%, teniendo en cuenta que los riesgos materializados de Gestión de la Información se dieron a partir del daño presentado en la restauración de la base de datos del sistema DGH⁵ en la última semana de abril, lo

¹ GIR. Gestión Integral del Riesgo

² HUDN. Hospital Universitario Departamental de Nariño

³ DAFP. Departamento Administrativo de la Función Pública

⁴ MIPG. Modelo Integrado de Planeación y Gestión

⁵ DGH. Dinámica Gerencial Hospitalaria

cual afectó directamente a Gestión Jurídica, manifestando que no se contaba con contrato con SYAC⁶ ni de insumos informáticos. como se puede observar en la tabla No.1 “Consolidado primer seguimiento GIR”

- Un riesgo se encuentra parcialmente materializado, equivalente al 1%, el cual pertenece a Gestión de la información no hubo información disponible durante 3 días o más y el hecho de que el control propuesto de realizar copia de seguridad del programa DGH falló por completo y no se salvaguardó la información de la institución; cabe aclarar que en este evento no hubo pérdida de información.
- Se destaca el trabajo, acompañamiento y compromiso de todos los líderes de los procesos, que en este caso fueron 115 riesgos efectivos, equivalentes al 96%.
- Los líderes de los 21 procesos los cuales se les realizó seguimiento, permitieron un efectivo acompañamiento, entendiendo el objetivo del ejercicio y mostrándose dispuestos a colaborar con la GIR del HUDN.

Tabla No.1 Consolidado primer seguimiento GIR

Característica	Número	% Cumplimiento
PROCESOS	21	100%
RIESGOS IDENTIFICADOS	120	100%
SEGUIMIENTO A RIESGOS IDENTIFICADOS	120	100%
RIESGOS MATERIALIZADOS	4	3%
RIESGO PARCIALMENTE MATERIALIZADO	1	1%
RIESGOS SIN MATERIALIZACIÓN	115	96%

Fuente: Elaboración propia

⁶ SYAC. Software hospitalario

Tabla No.2 Primer seguimiento de Gestión Integral del Riesgo por Proceso

PROCESO	ID	Descripción del Riesgo	Control identificado	Seguimiento del control y plan de acción identificado
ATENCIÓN AL USUARIO	1	Posibilidad de pérdida Reputacional por inoportunidad en las respuestas a las PQRSF ⁷ , presentadas por los usuarios debido a escaso compromiso por parte de las coordinaciones en dar respuestas oportunas y efectivas e insuficiente información en las quejas presentadas por parte de los usuarios.	Profesional universitaria en atención al usuario, realiza comunicado vía oficio en áreas involucradas, verificando que el proceso se desarrolle como está documentado, realizando retroalimentación mensual a las coordinaciones y hace seguimiento en el Plan Operativo Anual (POA) con un indicador.	Cuenta con dos indicadores en el POA ⁸ , denominados: "tiempo de respuesta a usuarios", en el cual para el primer trimestre del año 2023 cumple con la meta establecida, siendo la meta 10 días hábiles y se da respuesta dentro de los 8 primeros días y el segundo indicador es: "promedio de calificación de la persona quejosa teniendo en cuenta la escala de 1 a 5" teniendo una meta de 3,2 en calificación y en el cumplimiento del primer trimestre del año es de 3,93. los dos cumplen con el análisis definido por la OAP y cuenta con su respectiva ficha técnica. También se retroalimenta mensualmente a las coordinaciones respecto a las quejas recibidas en cada una de las respectivas áreas.
	2	Posibilidad de pérdida Reputacional por encuestas de satisfacción con sesgo debido a la indisposición de los usuarios a suministrar información real, por la predisposición a posibles represalias del personal y la desviación en el reporte, esto puede generar una percepción errada en el porcentaje de satisfacción del usuario respecto a la atención recibida.	Trabajadora social, profesional universitario y auxiliar administrativa de atención al usuario, de manera mensual realiza las encuestas de satisfacción de usuarios, con el fin de conocer el porcentaje de satisfacción respecto a los servicios recibidos y realizar planes de mejora a quien lo necesite por parte de las coordinaciones de los GIT ⁹ .	Efectivamente se realizan encuestas de satisfacción de usuarios, también cuenta con un indicador en el POA denominado "% de satisfacción de los usuarios" con una meta del 90% de satisfacción global, el cual para el primer trimestre del año reporta un 95,8% cumpliendo con el análisis definido desde la OAP ¹⁰ , y cuenta con su respectiva ficha técnica.

⁷ PQRSF. Petición, Queja, Reclamo, Sugerencia, Felicitación

⁸ POA. Plan Operativo Anual

⁹ GIT. Grupos Internos de Trabajo

¹⁰ OAP. Oficina Asesora de Planeación



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	3	Posibilidad de pérdida Económica por inoportunidad en las actividades realizadas por el proceso debido a la sobre carga laboral que genera impertinencia en los tramites adelantados para el usuario y puede generar una complicación de salud del mismo	Trabajadora social, profesional universitario y auxiliar administrativa de atención al usuario, de manera permanente realizan el trabajo articulado con auditoria médica y subgerencia de prestación de servicios, lo cual permite mejorar la oportunidad en las gestiones realizadas	Como evidencia tienen las notas levantadas en Dinámica Gerencial Hospitalaria por parte del personal de atención al usuario.
	4	Posibilidad de pérdida Reputacional por insatisfacción de necesidades y expectativas de los usuarios por información errónea de los funcionarios debido a desconocimiento por parte de los funcionarios, respecto a la información solicitada o los requerimientos de los pacientes	Profesional universitaria de atención al usuario, mensualmente realiza consolidado de quejas, con el fin de verificar las referentes a información del área de atención al usuario, y realizar retroalimentación.	Mensualmente se reporta a todas las áreas y sus respectivos servicios las respectivas quejas mediante un informe, el cual es enviado por correo electrónico de archivo central.
	5	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por Accidentalidad en transporte por traslado de pacientes debido a accidentes de tránsito, heridas y traumatismos de diversa magnitud y severidad tanto en pacientes como en funcionarios	Profesional universitaria de apoyo logístico, teniendo en cuenta el cronograma de mantenimiento preventivo de los vehículos realiza control y seguimiento al mismo, con el fin de evitar fallas prevenibles en las ambulancias.	Como evidencia se tiene el plan de mantenimiento preventivo y correctivo de ambulancias que reposa en el área de apoyo logístico
AUDITORIA MEDICA	1	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por incumplimiento del plan de auditoria debido a el número insuficiente de auditores para cumplir con el plan de auditorias y la cantidad de requerimientos sobre	Asesor de auditoria médica realiza periodicidad de los informes y calificación individual de metas. Basándose en la muestra estadísticamente definida.	Cuentan con un cronograma de auditorias, con distribución de actividades anual, en el cual se basan para dar cumplimiento a las auditorias descritas como lo son de concurrencia, correlación clínica, entre otras. Estas se las distribuye por actividad, servicio, auditor, se realiza seguimiento diariamente, semanal o mensualmente.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

		pase la capacidad de los auditores.		
	2	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por ausencia de retroalimentación de hallazgos identificados en la auditoria de calidad debido a que no se realice retroalimentación de hallazgos e informes de auditoría.	Asesor de auditoria médica realiza monitorización mediante indicador definido en el Plan Operativo Anual (POA), con el fin de realizar seguimiento trimestralmente y medir los fines propuestos para la vigencia.	Cuentan con un Excel específico de indicadores con sus respectivas gráficas, también le realizan seguimiento mediante un indicador en el POA trimestralmente, se evidencia cumplimiento en el correcto análisis definido por la OAP y cuenta con su respectiva ficha técnica.
	3	Posibilidad de pérdida Económica por carencia e inoportunidad de respuesta a glosas de acuerdo a normatividad vigente, debido al alto volumen de ítems en cada glosa y la ausencia de un sistema de información efectivo	Asesor de auditoria médica realiza monitorización mediante indicador definido en el Plan Operativo Anual (POA), con el fin de realizar seguimiento trimestralmente y medir los fines propuestos para la vigencia.	Cuentan con un Excel específico de indicadores con sus respectivas gráficas, también le realizan seguimiento mediante un indicador en el POA trimestralmente, se evidencia cumplimiento en el correcto análisis definido por la OAP y cuenta con su respectiva ficha técnica.
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	1	Posibilidad de pérdida Reputacional por vencimiento de términos de las diferentes etapas del proceso, debido a sobre carga de trabajo y falta de personal	Profesional especializado de Control Interno Disciplinario, realiza revisión de libro radicador de envió de requerimientos y el auxiliar administrativo realiza diligenciamiento en la base de datos de la dependencia.	Cuentan con un inventario de los procesos del hospital, con sus respectivas quejas de cada servicios o persona externa, la cual adelantan actuación disciplinaria de cada uno, rotulan el expediente, determinan la actuación correspondiente, establecen tiempos, en caso de no cumplir con dichos tiempos establecidos reiteran la solicitud para dar cumplimiento a la ley vigente.
	2	Posibilidad de pérdida Reputacional por pérdida de documentos, debido a préstamo de documentos a sujetos procesales.	Auxiliar administrativo, realiza actas de entregas a procesos y foliación de expedientes.	El profesional de la oficina a quien se encuentra a cargo el expediente es encargado de foliarlos. Por otra parte, para salida y entrega de expedientes de la Oficina de Control Interno Disciplinario se implementan las actas.

¡Trabajamos por mi Nariño, tu salud, nuestro compromiso!

	3	Posibilidad de pérdida Reputacional por divulgación de información confidencial, debido al desconocimiento de la norma.	Profesional especializado, realiza capacitaciones a nivel interno de la oficina de CID ¹¹ .	Constantemente se realiza capacitación a personal nuevo y judicantes.
QUIROFANO Y GINECOBSTERIA	1	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por cancelación de cirugías, debido a la condición clínica que se encuentra el paciente.	Anestesiólogo, realiza valoración preanestésica, con el fin de establecer, junto con los cirujanos los posibles riesgos que pueden ocurrir en dicha intervención, y de la misma forma informar al paciente para obtener su consentimiento.	En las rondas de seguimiento que hacen en cada servicio verifican si se está realizando la debida valoración preanestésica y así mismo se le realiza auditoria a las historias clínicas.
	2	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por error en la identificación de un recién nacido, debido a la ausencia de dotación de equipos de atención, y de la misma forma afectando a los recién nacidos que les toca compartir cuna y debido a esto pueden ocurrir confusiones.	Jefe encargada del servicio de quirófanos y ginecobsteria, coloca manilla al recién nacido, realiza apego inmediato a la madre y control del recién nacido, con el fin de evitar confusiones.	Se verifica con las rondas, en el cual verifican identificación de recién nacidos en el seguimiento de partos y seguimiento que reporta IAMI ¹² .
	3	Posibilidad de pérdida Reputacional por Inoportunidad en la atención, debido a la falla inesperada que se puede presentar al esperar por una atención.	Equipo de trabajo de Ginecología, realizan diligenciamiento en el libro de registro de ingreso diariamente, evalúa la atención brindada mensualmente y rondas de verificación en el área de consulta. Con el fin de prestar una atención oportuna y de calidad.	DGH genera mensualmente inoportunidad en la atención (indicador de horas y minutos), verifica quien ha tenido más tiempo y de acuerdo a eso la jefe encargada del servicio de quirófanos y ginecobsteria, ajusta el horario de atención en consultorios, para mejora de oportunidad.
	4	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por inadecuado proceso de esterilización, debido a las fallas que se presentan en los equipos y/o	Instrumentador quirúrgico, realiza lectura de Indicadores químicos, biológicos, físicos y registros de control de indicadores, para obtener una esterilización adecuada.	Cuenta con un indicador en el POA, el cual reporta trimestralmente, denominado "validación del proceso de esterilización a vapor y en peroxia" dando cumplimiento con el análisis definido desde la OAP, y cuenta con su respectiva ficha

¹¹ CID. Control Interno Disciplinario

¹² IAMI. Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia

		insumos médicos.		técnica.
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	1	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por cargue Inoportuno de Eventos de Interés en Salud Pública a Sistema de Vigilancia en Salud Pública, debido a pérdida de ficha de notificación, ausencia en la entrega de ficha de notificación de evento de interés en salud pública, cargue de ficha con variable incompletas, no recepción de ficha y no cargue en aplicativo SIVIGILA.	Profesional Especializado de Vigilancia Epidemiológica, realiza Búsqueda Activa Institucional de eventos de Interés en salud pública a través de aplicativo SIANIESP de SIVIGILA ¹³ , por base de nacimientos y base de laboratorio; realizando verificación de calidad de dato de fichas de notificación de eventos de interés en salud pública con retroalimentación a cada coordinación.	Realizan censo diario, cuentan con un base de datos y su respectiva colorimetría. Notificando eventos con observación notificada, garantizando que los eventos estén reportados efectivamente en SIVIGILA y en caso de no ser así se informa a los servicios vía WhatsApp o correo electrónico. También notifican a través del sistema los eventos presentados y los cruzan con los que están notificados, posteriormente revisan con HC de cada paciente. Se da educación a pacientes, con el fin de verificar y reportar de manera diaria casos de eventos de interés Evidencia: Base de datos reporte diario - SIVIGILA
	2	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por aplicación inadecuada de instrumentos de verificación en rondas Vigilancia Epidemiológica, debido a desconocimiento de guía de prevención y control de infecciones y registro inadecuado de la observación realizada.	Enfermera de Prevención y control de infecciones, realiza revisión de instrumentos diligenciados, cargue de información en bases Excel y genera indicador para realizar reporte.	Se le realiza seguimiento mediante listas de chequeo y base de datos denominada "base manos 2023", también diariamente cumplen con rondas y su análisis es mensual. Cuentan con un indicador en el POA, denominado "% cumplimiento adherencia higiene de manos" teniendo como meta el 70%, el cual para el primer trimestre del año cumple con un 75%, cuenta con el análisis definido por la OAP y su respectiva ficha técnica.
AYUDAS DIAGNOSTICAS	1	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por deficiencia en la fase pre analítica del proceso, debido a errores humanos y desapego a protocolos de la entidad que incluyen tanto al que recibe como al que da la información.	Coordinadora de ayudas diagnósticas y todo su equipo de trabajo, realiza control de incidentes (toma de muestra / corrobora la muestra frente al sistema / filtro continuo de proceso), con el objetivo de minimizar en todo lo posible el impacto negativo que pueda generar.	Se realiza seguimiento mediante indicador del POA, denominado "% de aplicación de protocolo en toma de muestras (calidad de las muestras hemolizadas, coaguladas, repetidas)", dando cumplimiento al análisis definido por la OAP y cuenta con su respectiva ficha técnica.

¹³ SIVIGILA. Sistemas de Vigilancia en Salud Pública



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	2	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por falta de insumos, debido a causas administrativas, conflicto armado, cierre de vías, entre otros factores que afectan a la llegada de insumos.	Coordinadora de ayudas diagnosticas, realiza un cronograma de suministros que necesitan y generan un pedido mensual de los mismos, haciendo reservas de insumos.	Mensualmente realizan pedido de insumos a cada proveedor, como evidencia tienen el cuadro de pedidos por proveedor.
	3	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por reporte de resultados errado debido a la forma de interpretar los resultados erradamente y desapego a protocolos por parte de los profesionales.	Coordinadora de ayudas diagnósticas y su equipo de trabajo. realiza auditoria por pares y control de incidentes, con el fin de minimizar el impacto negativo que pueda generar en la organización, de forma que la calidad del servicio se mantenga.	Cuentan con un indicador en el POA, el cual le hacen seguimiento trimestralmente, denominado "% de aplicación de protocolo en toma de muestras (calidad de las muestras hemolizadas, coaguladas, repetidas)" da cumplimiento al análisis definido por la OAP, y con su respectiva ficha técnica definida.
DOCENCIA UNIVERSITARIA E INVESTIGACIÓN	1	Posibilidad de pérdida Reputacional por incumplimiento por parte del personal docente sobre la cantidad de estudiantes programados y asignados de acuerdo a la norma debido a exceso de compromisos académicos del docente (concurrancia en el programa de medicina)	Responsable del área de docencia universitaria, realiza rondas de verificación diaria en conjunto con los coordinadores académicos de las instituciones educativas con quienes el hospital tiene convenio docencia/servicio, con el fin de evaluar el cumplimiento y la concurrencia de la carga académica de los docentes que laboran en el hospital y cuando es necesario se levantan actas.	Se realizo reunión y programación a inicios de febrero y las rondas de verificación se realiza diariamente con listas de chequeo, como evidencia se tiene: actas de reunión, de comité docencia servicio y listas de chequeo correctamente diligenciadas. Dando cumplimiento al plan de acción, se ha realizado a la fecha dos reuniones del comité docencia servicio, como evidencia se tiene las actas.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	2	Posibilidad de pérdida Reputacional por categorización del grupo de investigación en min ciencias sin mantener, debido a la ausencia de productos científicos derivados de investigaciones.	CTRL 1: Comité de investigación, realiza aprobación de proyectos de investigación y productos científicos. CTRL 2: Comité de investigación, realiza seguimiento a la actualización de hojas de vida de los investigadores en la plataforma min ciencias	SEGUIMIENTO CTRL 1: Se realiza reuniones cada dos meses en comité de investigación y comité de ética de la investigación, con el fin de que a fin de año se realice la presentación de documentación pertinente y mantener reconocimiento con min ciencias, tecnología e innovación y categorización de grupo de investigación en C. SEGUIMIENTO CTRL 2: Se realiza seguimiento continuo a través de plataforma de min ciencias para actualización de GrupLAC. Evidencia: plataforma de min ciencias en lo relacionado a proceso de investigación y en las actas de comité de investigación y ética de investigación, el cual se reúne de manera bimensual.
	3	Posibilidad de pérdida Reputacional por desapego al plan de capacitación de estudiantes, debido a desconocimiento del plan por parte de las instituciones educativas, inexistencia de cultura de aprendizaje virtual por parte de los estudiantes y por último en caso de epidemias o pandemias el hospital no cuenta con medios tecnológicos para capacitación virtual.	Responsable del área de docencia universitaria, bimensualmente realiza reuniones de comité de investigación y de ética de la investigación y trimestralmente de docencia servicio, donde se evalúa la programación enviada a través de los anexos técnicos de acuerdo al curriculum de la institución educativa, registrado mediante las actas de cada comité.	Se realiza con las respectivas actas de los comités y seguimiento al cumplimiento de los anexos técnicos y plan de prácticas evaluados durante el periodo de rotación.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	4	Posibilidad de pérdida Reputacional por ineffectividad en la gestión de Docencia, debido a desapego al plan de gestión de Docencia por parte de Instituciones educativas	Responsable del área de docencia universitaria, realiza control al seguimiento de POA trimestralmente, con el objetivo de verificar las acciones e indicadores propuestos en el cual se hace seguimiento desde la Oficina Asesora de Planeación.	Se reporta trimestralmente el POA a la Oficina Asesora de Planeación con sus respectivos análisis de cada indicador.
	5	Posibilidad de pérdida Reputacional por desapego al cronograma de comités y actividades interinstitucionales, debido a la falta de planeación por parte de externos que afectan la programación de Docencia e Investigación y actividades internas de instituciones educativas.	Responsable del área de docencia universitaria, realiza el envío de citaciones 8 días antes de cada reunión, con el fin de evaluar los procesos de investigación adelantados por el HUDN e instituciones educativas; estas se envían por correo electrónico o físico. Así mismo, el seguimiento a las comunicaciones enviadas se hace a través de SEVENET ¹⁴ y correo institucional.	Se le realiza seguimiento al cumplimiento por parte de los representantes de los programas del área de la salud y estudiantes de las instituciones educativas con las que se tiene convenio docencia servicio vigente en la asistencia a los diferentes comités y reuniones programadas con antelación de 8 días.
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	1	Posibilidad de pérdida Reputacional por incumplimiento de actividades programadas en el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI ¹⁵), debido a desconocimiento del mismo, priorización de otras actividades fuera del plan, cambios en los turnos laborales en todas las áreas del hospital.	Coordinador de GI, delega actividades a personal a su cargo, teniendo en cuenta que 1 vez al año, revisan y evalúan los ajustes realizados a los formatos y procedimientos, según el área y el tipo de actividad se delega a un ingeniero responsable, dando cumplimiento a la programación de actividades del plan PETI, si el coordinador de GI en el seguimiento realizado a las diferentes actividades por responsable, percata que esta actividad no se está llevando a cabo, realiza un análisis para brindar apoyo al ingeniero responsable o en último caso reasignar a otro en la actividad.	Se evidencia materialización del riesgo porque los controles planteados anteriormente no dimensionaban todo el proceso; no fue suficiente el seguimiento realizado.

¹⁴ SEVENET. Software Gestión Documental

¹⁵ PETI. Plan Estratégico de Tecnologías de Información



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	2	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por ausencia de suministros técnicos, debido a falta de asignación de presupuesto y ausencia de planeación del plan anual de adquisiciones (PAA ¹⁶)	Coordinador de GI ¹⁷ , verifica que el técnico operativo de la oficina de GI realice actualización del Plan Anual de Adquisiciones.	Se evidencia materialización del riesgo; a pesar de múltiples comunicados a la Oficina Jurídica en el momento del suceso no había contrato de soporte del sistema de información gerencial DGH.
	3	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por caída del sistema de información DGH, debido a destinación presupuestal y fallas de fluido eléctrico.	Profesional universitario de GI, realiza depuración y revisión de la base de datos, con el fin de prevenir fallas en la información y en el backup de base de datos, contando con un sistema de backup de fluido eléctrico y con buen servicio de red de datos.	Se materializo el riesgo porque no hubo correcta ejecución de las actividades como lo son: depuración y revisión de la base de datos por parte del profesional universitario de GI al control identificado.
	4	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por afectación del rack de comunicaciones por fenómenos naturales, debido a inundaciones, incendios, fenómenos volcánicos y terremotos.	Técnico de servidores, realiza actualización del plan de contingencia y ejecución de simulacros del mismo. Los equipos los tienen a una altura adecuada en caso de inundaciones, según los estándares establecidos, tienen acceso restringido de personal.	El riesgo identificado no se ha materializado, el control se lleva a cabo y se identificó la necesidad de revisión y ajuste. Respecto al plan de acción se plasmó en el plan de adquisiciones, del cual no se ha adelantado la fase contractual
	5	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por incumplimiento en la entrega de desarrollos de software propios del hospital, debido a la falta de planeación en el cronograma de actividades e insuficiencia en la priorización del cronograma de desarrollo de software de alto impacto en la	Coordinador y profesional universitario de GI, realiza revisión del cronograma de desarrollo, encuestas de satisfacción dirigida a usuario final, reuniones de pruebas de software y actas de entrega, todo esto con el fin de dar cumplimiento y realizar mejoras y/o ajustes de diferentes desarrollos.	No se ha materializado el riesgo; debido a la atención de contingencia el cumplimiento del control se ha postergado

¹⁶ PAA. Plan Anual de Adquisiciones

¹⁷ GI. Gestión de la Información



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	organización		
6	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por perdida de información, debido a errores humanos, fallas eléctricas y del sistema.	CTRL 1: Técnico operativo de GI, realiza copia de seguridad del programa DGH, con el fin de salvaguardar la información. CTRL 2: Auxiliares administrativos, realizan inventarios documentales, con el fin de verificar que la información transferida sea verídica.	SEGUIMIENTO CTRL 1: No hubo cumplimiento a la actividad de copia de seguridad del programa DGH, fallo el control identificado en su frecuencia ocasionando falta de disponibilidad de la información. SEGUIMIENTO CTRL 2: Se evidencia cumplimiento en el control, con inventarios por cada proceso, en el momento se encuentra en proceso de hacer actualización del inventario
7	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por documentos que ingresan a la unidad de correspondencia incompleto o no digitalizado, debido a la capacidad del equipo, errores humanos y fallas del sistema	Auxiliar Administrativo, revisa diariamente que todos los documentos se hayan escaneado, lo cual se verifica mediante el (Manejo de la Planilla de Correspondencia); en caso de que no se haya realizado el proceso correspondiente se procede a revisar en SEVENET el escaneo del mismo conforme a la planilla de Comunicaciones Oficiales	Auxiliar Administrativo revisa diariamente que todos los documentos se hayan escaneado y verifica en la planilla de correspondencia si se entregó oportunamente al destinatario. Está en proceso de implementación de software de gestión documental
8	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por colapso del archivo, debido a insuficiente espacio, ausencia de aprobación de TRD, falta de depuración documental	Auxiliar Administrativo, asesora en Tabla de Retención Documental (TRD ¹⁸) de manera permanente levantando información e identificando exactamente que documentación debe tener cada área a través de la TRD, mediante el apego (explicación del proceso) y acompañamiento a cada área; con las encuestas (cuadro de clasificación documental - TRD 2. TRD). Para conocer el tiempo de retención de cada serie documental.	Técnico administrativo, realiza levantamiento de la información manualmente, en el momento se encuentran aprobadas por el comité interno de archivo, falta convalidación por archivo departamental.

¹⁸ TRD. Tabla de Retención Documental



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	9	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por duplicidad en el número de historia clínica según consecutivo o varios pacientes, debido a la mala identificación del paciente en el ingreso, error humano en la admisión y que el sistema no permite visualizar y unificar si el paciente ya cuenta con historia clínica.	CTRL 1. Auxiliar administrativo de GI, verifica en el Sistema de información DGH, en la página de procuraduría y en ADRES, para establecer y unificar una única HC por cada usuario y remitir a soporte por parte de la Oficina de Gestión de la Información. CTRL 2: Auxiliar Administrativo de GI, verifica el número de documento comparando el número del sistema con el documento real, estableciendo la verdadera identidad del usuario, y de la misma forma evitar errores en la admisión	SEGUIMIENTO CTRL 1: Está en proceso de depuración y unificación de HC. SEGUIMIENTO CTRL 2: Está en proceso de depuración y verificación de usuarios.
--	---	---	--	--

¡Trabajamos por mi Nariño, tu salud, nuestro compromiso!

HOSPITALIZACIÓN	1	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por inoportunidad en la asignación de camas, debido a la estancia elevada del paciente y la sobre demanda de solicitudes de UCI, Quirófanos, Consulta Externa.	CTRL 1. Personal de Hospitalización, realiza apego a protocolo y procedimiento para la asignación de camas, en el cual se identifican prioridades, siendo UCI¹⁹, URPA²⁰ y URGENCIAS en primera instancia. CTRL 2. Profesional Especializada de Hospitalización, verifica donde hay camas disponibles para asignación, en respuesta a comunicación de solicitudes de camas enviada por la Coordinadora de Urgencias y Atención Ambulatoria. CTRL 3. Profesional Especializada de Hospitalización, realiza medición de oportunidad en la asignación de camas, con el fin de identificar la oportunidad de las mismas.	SEGUIMIENTO CTRL 1. Para asignación de camas a pacientes, principalmente reporta a pacientes tanto a los diferentes servicios y prealta (Prealta recibe notificación de cuantas salidas de pacientes hay, y cuantas camas hay disponibles para ser utilizadas. priorizando UCI, URPA Y URGENCIAS), con el fin de agilizar la salida de pacientes, para reasignación de camas a otros pacientes que lo requieran. Una vez se da orden de salida, y medico pasa revista, pre alta realiza documentación para darle espacio en la cama utilizada a otro paciente, teniendo en cuenta la espera de familiares que lleguen por el paciente, luego se le realiza la debida desinfección. Por otra parte jefe de enfermería de cada estación realiza diligenciamiento del formato denominado "gestión de solicitudes de cama pendientes por asignar", para dar prioridad a pacientes que lo requieran teniendo en cuenta UCI, URPA Y URGENCIAS, con sus respectivas novedades, teniendo en cuenta el protocolo, especialidad y condición clínica. Además, se cuenta con una "matriz de censo de asignación de camas 2023", para verificar cama libre, y asignación a quien lo requiera, reportado diariamente y notifican mensualmente Evidencias: formato "gestión de solicitudes de cama pendientes por asignar" - informe de pacientes con salida y reasignación en pre alta, matriz de censo de asignación de camas 2023 SEG CTRL 2. SEG: Mediante notificación de Coordinadora de Urgencias realizan asignación de cama,
-----------------	---	--	---	--

¹⁹ UCI. Unidad de Cuidados Intensivos

²⁰ URPA. Unidad de Recuperación Postanestésica



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

				siempre y cuando haya disponibilidad verificada con pre alta y diferentes servicios. Evidencia: comunicación vía WhatsApp
--	--	--	--	---



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	2	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por ocurrencia de evento adverso, debido a insuficiente información al paciente y su familia sobre opciones para retiro o alto voluntario y fallas en la vigilancia y cuidado del paciente hospitalizado	CTRL 1. Personal de Hospitalización, realizan apego a instructivo (manejo de pérdida de pacientes durante el proceso intrahospitalario y fuga del paciente), en caso de ocurrir un evento adverso, con el fin de garantizar una buena prestación de servicio y solucionar eventos que se puedan presentar. CTRL 2. funcionario conocedor, en caso de ocurrir un evento adverso, debe realizar reporte en el PRYGEA²¹ para generar análisis del incidente.	SEGUIMIENTO CTRL 1 y 2. En el caso presentado en el año 2022 de fuga de paciente en cirugía, se hizo la respectiva divulgación del "instructivo manejo de pérdida de pacientes durante el proceso intrahospitalario y fuga del paciente" con código IRALG-007, por medio de correo institucional, con el fin de que estén atentos y recordarles que deben reportar en PRYGEA casos como estos. Evidencia: Correo electrónico 4 nov 2022 - 4:20pm
BANCO DE LECHE HUMANA	1	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por deficiente oferta de leche humana cruda, debido a que no hay disponibilidad de vehículo y conductor exclusivo de BLH ²² para recolección y transporte de leche humana cruda.	CTRL 1. jefe del servicio de BLH, entrega a apoyo logístico una ruta mensual de salidas para la recolección y transporte de leche humana cruda CTRL 2. Coordinadora de BLH, gestiona convenio interadministrativo con el IDSN²³ en un promedio de 8 meses, que garantiza el transporte por ese rango de tiempo.	SEGUIMIENTO CTRL 1. Se cumple con el control descrito, a inicio de mes realizan un cronograma de salida, y llevan a cabo la respectiva ruta, los días lunes, miércoles y viernes, para recolección de LH²⁴. SEGUIMIENTO CTRL 2. Coordinadora de BLH, en el mes de mayo realizó la alianza interadministrativa con el IDSN, en el momento se está dando trámite a la contratación con el proveedor para el transporte, se tiene previsto iniciar para el mes de junio del presente año.

²¹ PRYGEA. Software de Seguridad del Paciente

²² BLH. Banco de Leche Humana

²³ IDSN. Instituto Departamental de Salud de Nariño

²⁴ LH. Leche Humana



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	2	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por contaminación de la leche humana cruda recolectada extra e intrahospitalaria, debido a desapego a la norma de bioseguridad por parte de las madres donantes durante el proceso de extracción y almacenamiento de leche humana cruda, y también incumplimiento de las normas de bioseguridad en los nuevos ingresos de usuarias al programa de donación de leche.	CTRL 1. jefe encargada del proceso de pasteurización de LH, realiza control de calidad a la LH recolectada, de manera permanente, con el fin de verificar criterios de selección y clasificación, desechando la que no cumple con estos criterios (libre de impurezas, embalaje, acides) CTRL 2. Equipo de BLH, realiza ejecución de planes de mejora enfocadas en sesiones educativas individuales, grupales y visitas domiciliarias para verificación de condiciones de vivienda y sistema de refrigeración.	SEGUIMIENTO CTRL 1. Cumplen con el control de calidad a la LH recolectada, para detectar en que paso se contamina la leche, también realizan reuniones mensuales con el equipo que atienden a las mamás, para fortalecer la atención e influir la minimización de impurezas de la LH Además, cuentan con un indicador identificado en el POA, denominado "% de impurezas", cumple con su debido análisis y ficha técnica. SEGUIMIENTO CTRL 2. Cuentan con un cronograma de capacitaciones para usuarias y donantes externas del BLH, con el fin de fortalecer la recolección y conservación de LH en el domicilio y esta sirva para pasteurización También el profesional encargado verifica en las rutas si las madres cumplen con la normatividad de lineamientos para donación de leche
--	---	---	--	--



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	3	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por interrupción o suspensión del proceso de Pasteurización de leche humana, debido a las fallas en el funcionamiento de los equipos del área de procesamiento de LH por des calibración, vida útil o mantenimiento inoportuno y también por las características inapropiadas del agua para el funcionamiento de algunos equipos.	CTRL 1. jefe del servicio con aprobación del coordinador del BLH, define un cronograma mensual de procesamiento y control de calidad de la LH, además un cronograma de mantenimiento preventivo, correctivo y calibración de equipos. Esto está sujeto al cumplimiento que del área de mantenimiento y en ocasiones se presentan contingencias. Evidencias: cronograma de mantenimiento, cuadro de turnos, correos electrónicos. CTRL 2. Coordinadora del BLH, gestiona recursos internos y externos para la adquisición de nuevos equipos.	SEGUIMIENTO CTRL 1. Cuentan con un cronograma de proceso de pasteurización para previamente pasar lista de chequeo y verificar que los equipos estén funcionando para el debido proceso. Además, notifican a mantenimiento siempre y cuando tengan un requerimiento o seguimiento preventivo y están al tanto de mantenimiento correctivo y calibración de equipos SEGUIMIENTO CTRL 2. Teniendo en cuenta que la adquisición de nuevos equipos se puede generar con caja menor, alianzas, plan de compra directo con el HUDN, teniendo en cuenta las necesidades del servicio. En el momento se tiene alianza con el IDSN y Gobernación de Nariño, los cuales han apoyado al BLH con sus necesidades. teniendo en cuenta que el BLH es una estrategia de Responsabilidad Social.
--	---	--	--	--



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	4	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por deficiencia en procesos de limpieza y desinfección del área física e insumos de vidrio del BLH, debido a Carencia de insumos para la limpieza de frascos de vidrio, Rotación frecuente del personal de limpieza del hospital, Ausencia de protocolo de limpieza y desinfección de áreas físicas actualizado a la normatividad vigente, Déficit de personal auxiliar con capacidad para realizar las tareas de limpieza y desinfección de material de vidrio (por restricciones laborales)	Coordinadora del BLH, adelanta el proceso de implementación de los protocolos de limpieza y desinfección de áreas físicas y de los materiales de vidrio para ser implementados en el BLH.	En BLH se creó el proceso de revisión y se solicitó colaboración al área de Apoyo Logístico y Gestión Ambiental, con el fin de ser socializado con tercerizados para su debida limpieza y desinfección.
	5	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por daños estructurales en áreas críticas de BLH, debido a la ausencia de intervención definitiva de las causales que dan origen a estos daños estructurales	Coordinadora del BLH, solicita de manera permanente la solución definitiva de las fallas estructurales, realizando listas de chequeo para verificación de daños y llamado a mejora continua con evidencia fotográfica	Desde BLH se envió requerimiento a mantenimiento, con el fin de dar solución a fallas estructurales previstas, el cual tuvo respuesta y solución oportuna. En cuanto al plan de acción se le notificó a la coordinadora de Recursos Físicos y dio el debido cumplimiento a las fallas presentadas en el servicio. Evidencia: Correos electrónicos de solicitud y reportes de mantenimiento.

¡Trabajamos por mi Nariño, tu salud, nuestro compromiso!

	6	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por ausencia de infraestructura para centro de preparación de fórmulas infantiles y leche materna (Lactario), debido a la combinación de espacios entre el lactario y área de porcionamiento y distribución de leche humana, generando mayor riesgo de contaminación por cruce de sustancias.	Auxiliar de enfermería, encargada de separar la dosificación por horarios entre leche materna y formula infantil con un cronograma mensual, con el fin de reducir el cruce de flora y contaminación de producto	Se tiene un cronograma de turnos y se cuenta con un protocolo en el centro de preparación, el cual especifica que las preparaciones de leche materna, leche humana pasteurizadas y formula infantil se deben hacer en horarios separados para evitar la contaminación Evidencia: capacitación en el mes de mayo de protocolos: "centro de preparación de fórmulas infantiles y leche materna" y "distribución de leche a UCI" al personal de BLH, UCI neonatal y personal de centro de preparación formulas infantiles y leche materna. En cuanto al plan de acción, se adelantó reunión con los líderes de los procesos involucrados para tratar el tema de separación de espacios y se está en espera de solución por parte de gerencia. Evidencia: acta de reunión.
PLANEACIÓN	1	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por información requerida para los diferentes requerimientos de la oficina sin validar, debido a uso de fuentes no confiables, ausencia de seguimiento al dato y la no vinculación de stakeholders a procedimientos	Profesional Universitario de Planeación, realiza adherencia al procedimiento de validación del dato y confirma el dato con fuentes confiables, con el fin de construir documentos, proyectos e informes con datos certificados y validados.	Cabe resaltar que la información siempre sale de fuente oficial, para dar consistencia y validez del dato El informe de estadístico en salud se revisa, evalúa consistencia del dato, compara con lo que se ha presentado en el SIHO²⁵ y si no hay compatibilidad en la tendencia se devuelve a estadística para su debida corrección. En cuanto POA, se adelantó un auditoria del dato en la cual se evidencio que los lideres de proceso toma la información de fuente primaria, y en RIPS²⁶, se recepciona la información de facturación, se compara con años anteriores y se evidencia tendencia, si hay diferenciales en ella se solicita revisión.

²⁵ SIHO. Sistema de Gestión Hospitalaria

²⁶ RIPS. Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud

¡Trabajamos por mi Nariño, tu salud, nuestro compromiso!

	2	Posibilidad de pérdida Reputacional por no renovación de Sistema Único de Acreditación SUA y certificación del Sistema Integrado de Gestión SIG, debido a la falta de realización del plan de acción y seguimiento a no conformidades de auditorías, incumplimiento de requisitos del SIG, obsolescencia de la documentación que soporta los procesos de la organización, no haya disposición de presentación para acreditación, carencia de elaboración de procesos de autoevaluación e insuficiente gestión de abordaje de oportunidades de mejora, para mejoramiento institucional.	CTRL 1. Equipo de Calidad y acreditación, realiza seguimientos a planes de acción, según formato FRGCA - 018 (registro de seguimiento plan de acción), con el fin de subsanar las no conformidades y las oportunidades de mejora del SUA²⁷ y del SIG²⁸ CTRL 2. Equipo de Calidad, elabora auditoría interna de los procesos a través de: un contratista externo y/o personal certificado como auditor interno, con el fin de dar cumplimiento a los factores, requisitos de los diferentes sistemas integrados de gestión para su certificación. CTRL 3. Profesional Universitario de Calidad, realiza control de vigencia de la documentación según procedimiento PRGCA -003, (control de documentos y registros), según numeral 5.10, con el fin de mantener actualizada la documentación que soporta el SIG y SUA. CTRL 4. Asesor de Planeación realiza trámite y cumplimiento de requisitos de presentación para la acreditación, con el fin de postularse al proceso de acreditación en salud. CTRL 5. Asesor de planeación, se realiza plan estratégico referente a la ruta crítica de acreditación, con el fin de	SEGUIMIENTO CTRL 1. Se han realizado dos seguimientos, en el mes de febrero y mes de mayo, se aplicó la nueva versión actualizada del formato FRGCA-018, la cual es una nueva metodología de evaluación y ponderación para verificar los avances de cumplimiento a los diferentes planes. SEGUIMIENTO CTRL 2. Cuentan con un informe de elaboración de auditoría interna del SIG del año 2022. Para el presente año 2023, se tiene el marco de planificación para completitud de proceso del año 2022 y programación para auditoría interna del 2023. SEGUIMIENTO CTRL 3. De un total de 3478 documentos controlados, a la fecha se cuenta con 1300 documentos actualizados que equivalen a 37,4% y 2178 documentos desactualizados que equivalen al 62,6%. SEGUIMIENTO CTRL 4. En el mes de febrero y marzo se llevó a cabo el proceso de cumplimiento de requisitos para la presentación al cuarto ciclo de acreditación en salud a través de: solicitud al ICONTEC²⁹ de acreditación en salud motivado para presentarse, expedición de CDP, elaboración de documentos de autoevaluación, como lo son P1, P2, indicadores de calidad y demás anexos que conllevan a la presentación para el proceso de acreditación. Evidencia: envío de requisitos a través y respuesta por parte de ICONTEC a través de correo electrónico, donde certifican la
--	---	---	--	---

²⁷ SUA. Sistema Único de Acreditación

²⁸ SIG. Sistema Integrado de Gestión

²⁹ ICONTEC. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

			llevar a cabo todos los procesos de mejoramiento institucional. CTRL 6. Oficina Asesora de Planeación, apoya a la estructuración de las oportunidades de mejora a través de los planes de acción a los líderes de proceso, con el fin de garantizar el mejoramiento continuo e institucional de todos los procesos.	recepción y estudio de todos los requisitos. SEGUIMIENTO CTRL 5. Se realiza el proceso de autoevaluación de todos los estándares de acreditación en salud con los diferentes grupos de autoevaluación y grupos primarios. SEGUIMIENTO CTRL 6. Se desarrolla la planeación del apoyo a la estructuración de los planes de acción a las oportunidades de mejora emitidas por la junta de acreditación y cierre de reunión del seguimiento a la acreditación.
--	--	--	--	---



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

SEGURIDAD DEL PACIENTE	1	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por análisis inadecuado de reportes realizados en PRYGEA, debido a revisión incompleta de registros clínicos, interpretación inadecuada de datos, identificación incompleta de factores contributivos, clasificación inadecuada de reportes, asignación inadecuada de áreas	Profesional Universitaria de Seguridad del Paciente, realiza revisión por muestreo por cada persona para verificar si está correctamente realizado y también retroalimentación al equipo encargado de realizar el análisis, con el fin de cumplir la normatividad, (resolución 3100 de 2019 y resolución 256 del 2016), identificar acciones inseguras en la prestación del servicio y generar acciones de mejora para disminuir el impacto en la organización.	Se está documentando metodología utilizada, la cual consiste en revisar eventos asignados a cada persona trimestralmente y con eventos graves se hace inmediatamente, se saca con muestreo aleatorio simple de la NTC-2859-1 del 2002, con un nivel de confianza del 95% y se retroalimenta a las responsables de análisis de forma personalizada y mediante correo electrónico.
	2	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por aplicación inadecuada de instrumentos de verificación en rondas de seguridad, debido a desconocimiento de guías de práctica segura, interpretación errónea del ítem a verificar y registro inadecuado de la observación realizada	Profesional Universitaria de Seguridad del Paciente y apoyo a SP, realizan revisión de instrumentos diligenciados, jornadas de estandarización de conceptos y retroalimentación al equipo de trabajo, con el fin de generar datos adecuados frente a la adherencia de cada servicio.	Se viene trabajando el control adecuadamente, lo siguiente paso en el presente año: realizando revisión de instrumentos diligenciados, profesional de apoyo dio la alerta, verificaron y efectivamente un auxiliar registro de manera inadecuada un instrumento de verificación de un servicio, por lo cual la profesional de seguridad del paciente lo anulo e hizo repetir la ronda de seguridad adecuadamente.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

SOPORTE TERAPEUTICO	1	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por consentimiento informado no diligenciado, diligenciado de forma incompleta o inadecuada y no archivado en la HC ³⁰ del paciente, debido a falla en el sistema DGH, falta de apego al proceso, no archivo de consentimiento informado en la HC del paciente, falta de tiempo para la valoración inicial.	CTRL 1. Profesionales del área de rehabilitación, diligencian el consentimiento informado en el sistema de DGH y se imprime para firma del paciente, con el fin de asegurar la información brindada y dejar trazabilidad. CTRL 2. Auxiliar administrativa, recibe la documentación por parte de los profesionales de administración, y archiva el consentimiento informado en la HC física.	SEGUIMIENTO CTRL 1. En rehabilitación se realiza el correcto llenado del consentimiento informado, de ser el caso que no se cumpla, no se entrega el registro total de sesiones realizadas al paciente. Evidencia: HC de cada paciente en el área de rehabilitación SEGUIMIENTO CTRL 2. Jefe de enfermería de oncología semanalmente revisa que cada paciente tenga su consentimiento informado diligenciado para ser archivado en HC física.
	2	Posibilidad de pérdida Reputacional por incorrecta desinfección de piscina de hidroterapia, debido a uso incorrecto de los desinfectantes y ausencia de insumos.	Auxiliar de enfermería, realiza desinfección y anexa en carpeta de registro diario la correcta desinfección de la piscina, con el fin de llevar un adecuado seguimiento.	Auxiliar de enfermería del área de hidroterapia realiza diariamente correcta desinfección de piscina. Apegándose al protocolo de desinfección FRAMB-064 Evidencia: Fisioterapeuta del área revisa diariamente, de lo contrario donde encuentre alguna anomalía suspende las sesiones de hidroterapia, contando con un registro.

³⁰ HC. Historia Clínica



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	3	Posibilidad de pérdida Económica por ausencia de solicitud de interconsultas para el modelo de salud mental, debido a que desde los diferentes servicios en que se presente no realizan la debida notificación.	Auxiliar de enfermería, realiza tamizajes y revisa diariamente si se ha presentado algún evento por los diferentes servicios del hospital, con el fin de notificar correctamente al área de psicología.	Se amplió el tamizaje, se realiza en consulta externa y en urgencias. El alcance esta para personas de 18 a 35 años, dada la estadística de que el Departamento de Nariño es la mayor población que tiene riesgo de suicidio. También, desde el área de psicología se actualizó el protocolo PTRNH-064 denominado "tamizaje de riesgos suicida" donde describe como se realiza la solicitud de interconsulta Evidencia: HC pacientes
	4	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por sanción pecuniaria por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, debido a la deficiente calidad del dato en el informe de la resolución 247 de cuentas de alto costo	Auxiliar del área de la salud, de manera diaria, generan reporte a EPS ³¹ , de los pacientes con diagnóstico de alto costo a través de los reportes de HC.	Se cumple con el control descrito y se reportó en el mes de marzo mediante correo electrónico a las EPS, para dar cumplimiento a la resolución 0247 de 2014. También se cumple a cabalidad con el plan de acción descrito.

³¹ EPS. Entidad Promotora de Salud



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	5	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por presentación de eventos adversos, debido a extravasación de medicamentos citotóxicos, no diligenciamiento de listas de chequeo en el servicio de hemodiálisis y cálculo incorrecto de soporte enteral y parenteral	CTRL 1. Auxiliar de enfermería, realiza registro en la lista de chequeo o lista de recepción del paciente, con el fin de evitar confusiones del mismo CTRL 2. Nutricionista, realiza proceso de inducción al personal de nutrición nuevo según las necesidades y capacitación constante para cálculo correcto de soporte nutricional.	SEGUIMIENTO CTRL 1. Se realiza interrelación de procesos con el área de Seguridad del Paciente, aplicando lista de chequeo. Evidencia: Área de seguridad del paciente cuenta con las listas de chequeo diligenciadas SEGUIMIENTO CTRL 2. La última inducción realizada por la nutricionista fue en diciembre del 2022 que ingreso personal nuevo. Evidencia: listas de asistencia.
	6	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por demora en la entrega de medicamentos por parte de las EPS, debido a retrasos en la autorización por parte de las EPS.	Profesional de Oncología, notifica a farmacia de la EPS a través de correo, tramitando el retraso de medicamentos del paciente con el Gestor de Casos.	Cuando el médico le ordena tratamiento al paciente, el profesional de oncología realiza tramite de pedido en las plataformas de las EPS, en caso de haber retraso se notifica mediante correo electrónico y se le hace seguimiento en la plataforma
	7	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por fallas en el acelerador lineal, debido a inoportunidad en la asistencia por parte del ingeniero encargado	Ingeniero Físico Medico, notifica la falla, programa la fecha de mantenimiento, se presenta informe y realiza la supervisión, con el fin de garantizar el buen funcionamiento del mismo.	Cuando el acelerador lineal presenta fallas se llama inmediatamente al proveedor, dando respuesta oportuna en un tiempo menor a 12 horas, Dejando como evidencia el informe de arreglo de las fallas que lo recibe el físico medico como encargado del equipo biomédico.
	8	Posibilidad de pérdida Reputacional por ingreso del paciente al servicio de hemodiálisis sin HC, debido a que desde los diferentes servicios no registran HC a hemodiálisis y existe desconocimiento del protocolo de traslado	Auxiliar de enfermería, realiza registro en la lista de chequeo o lista de recepción del paciente, con el fin de evitar confusiones del mismo	Cuando ingresa paciente se realiza correcto llenado de lista de chequeo donde se verifica paraclínicos y orden médica para realizar el debido procedimiento. Evidencia: lista de chequeo en el área de hemodiálisis



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

		de pacientes		
	9	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por descalibración de báscula, debido a uso excesivo, mal uso e insuficientes básculas en el servicio.	Auxiliares de enfermería del área de nutrición, encargadas de notificar a mantenimiento hacer revisión cada que sea necesario, con el fin de mejorar su productividad y garantizar el eficiente uso de la misma.	Cada que se presente alguna falla inesperadamente se informara inmediatamente a mantenimiento, por el momento no se ha presentado. Por otra parte mantenimiento tiene un cronograma establecido para hacer seguimiento a las mismas.
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	1	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por sanciones desde el Ministerio del Trabajo al HUDN, debido a incumplimiento en los tiempos establecidos para reportar accidentes de trabajo	Profesional especializada de SST ³² o su delegado, realizan capacitación, re inducción y difusión de información, con el fin de que reporten los accidentes de manera adecuada y en el tiempo establecido, el cual es de 2 días hábiles luego del evento, establecido en el Art 62 decreto 1295 de 1994.	Teniendo en cuenta que en caso de presentarse un incidente y/o accidente, el trabajador debe reportar el día del evento a la Oficina de SST, la cual tiene dos días hábiles para reportar a la ARL responsable, con el fin de que se realice el debido seguimiento al caso. Todos los formatos con código FRSOC-014 denominado "investigación de incidente y/o accidente de trabajo no grave, no mortal" se encuentran en una AZ correspondiente a accidentes de trabajo anuales, la cual maneja la Oficina de SST.
	2	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por inoportunidad en el reporte de cumplimiento de estándares mínimos según la resolución 0312 de 2019, debido a fallas en el sistema.	Profesional especializada de SST, da cumplimiento al cronograma previsto para realizar la actividad en los tiempos oportunos.	Da cumplimiento a la circular 082 del 2022 del ministerio del trabajo. Se envió la información dentro de los términos establecidos, prueba de ello el número de radicado es REME-SGSST - 156874 - 2022 - 1, el cual contiene los estándares mínimos de SGSST ³³ , con su respectiva tabla de valores y calificación.

³² SST. Seguridad y Salud en el Trabajo

³³ SGSST. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

GESTIÓN JURIDICA	1	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por pérdida de procesos judiciales, debido a la valoración final del juez.	Jefe de la oficina jurídica, convoca la asistencia a su grupo de trabajo al comité jurídico, comité de conciliación, vinculación de asesor jurídico externo, supervisión contractual.	En cuanto a los comités se manejan de la siguiente manera: para el comité jurídico, se tratan temas de relevancia jurídicos de la institución mínimo una vez al mes, se convoca a todos los participantes, previamente se les informa el tema a tratar, se realiza opiniones respecto al tema, deliberación y se saca conclusiones. Para el comité de conciliación, cada que delega una nueva solicitud, se reúnen, midiendo el grado de responsabilidad del hospital. como evidencia se tiene citaciones, acta y listado de asistencia También cuenta con un indicador en el POA, denominado "efectividad porcentual en la gestión de conciliaciones perjudiciales y judiciales", el cual tiene como meta el 100% y para el primer trimestre del año se cumplió efectivamente con la meta, cumplen con el análisis definido por la OAP y cuenta con su respectiva ficha técnica.
	2	Posibilidad de pérdida Reputacional por incumplimiento de los términos legales y constitucionales de las respuestas a las peticiones presentadas ante la administración, debido a omisión de radicar la fecha de recepción de la petición en la entidad o en la oficina jurídica y también la demora en la entrega de documentos requeridos para dar respuesta a los requerimientos por parte de las diferentes áreas.	La secretaria de la oficina jurídica y archivo central, realiza correo electrónico notificaciones judiciales, recepciona la petición con registro de fecha y hora diariamente, con el fin de tener un control permanente en el registro de las mismas. Desviación: sanciones administrativas correspondientes.	Se cumple a efectivamente con el control propuesto Evidencia: libro radicador, base registro de peticiones radicadas en el correo "notificacionesjudiciales@hosdena r.gov.co"



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	3	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por sanciones por respuesta inoportuna a tutelas, debido a término que los despachos conceden para responder las acciones judiciales.	Jefe de la oficina jurídica, supervisa que se revise el correo mediante el cual llegan las acciones de tutela y se den cumplimiento a los términos establecidos por el despacho judicial.	Jefe de Oficina Jurídica revisa diariamente el correo, con el fin de que se dé respuesta en términos establecidos. Evidencia: Registro en archivo Excel de acciones constitucionales
	4	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por emisión de actos administrativos errados o inexactos, debido a información insuficiente por áreas requerientes.	Jefe de la oficina jurídica, realiza asignación de un profesional en derecho, validación de información con el área requerida, remisión del acto por la misma.	Se da cumplimiento semanal de acuerdo a demanda, y trimestral cuando lo requieren Oficinas de Control y Planeación, Cuando llega necesidad a correo electrónico, jefe del área realiza asignación a profesional de derecho, posterior a esto se ponen en contacto con el área, determinan tiempos e información adicional que se requiera. Dependiendo del acto administrativo la recolección de firmas la realiza el responsable del área, incluyendo firma de gerencia y publicación. Evidencia: publicación en página institucional.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	5	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por inoportunidad en la contratación de bienes, obras y servicios, debido a Información inadecuada, incompleta e insuficiente del área requirente, la necesidad no se encuentra incluida en el plan anual de adquisiciones (PAA) y existe debilidad de planeación en la determinación de las necesidades de servicio.	Jefe de la oficina jurídica, asigna abogado y técnico para revisión técnica y jurídica del estudio previo, mesas de trabajo y validación con áreas requirentes, también realiza verificación con presupuesto con el PAA y normatividad interna de contratación.	Se evidencia materialización del riesgo, debido a que Gestión de la Información reporta que se solicitó en repetidas ocasiones contrato de SYAC e insumos informáticos, los cuales al momento del suceso que aconteció en la última semana de abril no contaban con dichos contratos.
--	---	--	--	--



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

URGENCIAS Y ATENCIÓN AMBULATORIA	1	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por información de ingreso y verificación de datos inadecuados, debido a alta demanda del servicio y el proceso demasiado acelerado	Coordinación de Urgencias y Atención Ambulatoria, quiere hacer la solicitud para implementar el sistema de digiturno institucional (adecuado a la necesidad del área), y de la misma forma capacitar al personal para la buena gestión en caso de implementarlo	Se cumplió con el plan de acción y controles descritos, de la siguiente manera: Se levanto un plan de mejora, el cual se llevó a cabo para implementar digiturnos en triage y consulta externa, sirve para medir el tiempo y agilizar la atención y efectivamente se implementó en el año 2022. El digiturno se clasifica en: limitación física, discapacidad, adulto mayor, gestante o pediatría. En triage se lleva a cabo para notificar orden de llegada del paciente, posterior a eso se lo registra y se realiza toma de signos vitales, y luego espera el turno para ser atendido por un médico, en caso de que deba tener atención prioritaria la auxiliar lo pasa inmediatamente a consultorio médico. En consulta externa, también fue implementado, se le da el mismo manejo, y se le da el turno en atención al usuario, para agilizar la atención. Se emitió una circular informativa el 13 de mayo del 2022, sobre capacitación de clasificación de digiturno, facilitada desde SYAC a personal auxiliar y medico de consulta. Evidencias: plan de acción, circular informativa, fotografías.
---	----------	---	---	---



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	2	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por demanda por inoportunidad en la respuesta y atención a interconsultas, debido a especialidades no disponibles en ciertos horarios, dificultad de comunicación en la solicitud de la especialidad y que se sobre pase el tiempo de 5 horas establecido para dar respuesta	Profesional especializada en área de la salud, realiza valoración cada mes del sistema de dinámica gerencial y genera un informe trimestralmente en el Plan Operativo Anual (POA)	En la circular que se emitió el 13 de mayo del 2022, se informa sobre la capacitación de interconsultas. De este se realizó un informe con Hospitalización, denominado "Medición de efectividad de respuestas de interconsultas del HUDN", dirigido a personal asistencial, el cual fue explicativo de cómo se debe cargar una interconsulta, y cuál fue la efectividad del mismo en cada área. También se realiza una evaluación trimestral de DGH, respecto a respuesta a interconsultas por servicio, denominado " informe solicitud interconsultas vs respuesta a interconsultas" definiendo la oportunidad de respuesta. Se tiene un consolidado de análisis de respuesta a interconsultas por especialidad, mediante el cual se remiten al indicador definido en el POA, denominado "oportunidad en la valoración inicial por especialidades" teniendo como meta 5 horas 40 minutos, para el primer trimestre del presente año se dio cumplimiento en él, de 4 horas, dando cumplimiento al análisis definido por la OAP y cuenta con su respectiva ficha técnica.
--	---	---	--	---



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	3	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por cancelación de citas asignadas por factores institucionales, debido a solicitud de los especialistas, casos fortuitos como accidentes o incapacidades y error en el proceso de asignación de citas.	CTRL 1. Coordinación de Urgencias y Atención Ambulatoria, realiza seguimiento de la cancelación de citas en los grupos primarios de mejoramiento, identificando causas y estableciendo intervenciones cuando es factible, con el fin de disminuir la cancelación de citas y que el usuario no se vea afectado. CTRL 2. Coordinación de Urgencias y Atención Ambulatoria, realiza seguimiento a la oportunidad en la información brindada al usuario respecto a la cancelación de citas, con el fin de que haya reprogramación.	SEGUIMIENTO CONTROL 1. se reporta trimestralmente un indicador en el POA, denominado: "% de inasistencia a consulta programada" teniendo como meta 15% y se tiene para el trimestre 15,98%, debido a que se encuentran citas con incumplimiento. Se cumple con el análisis definido por la OAP, cuenta con su respectiva ficha técnica. Por otra parte, en los grupos primarios se realiza seguimiento cada dos meses, en el cual se trata el tema de cancelación de citas. Evidencia: POA, actas de grupo primario. SEGUIMIENTO CONTROL 2. se maneja matriz de reasignación de citas, para reprogramación inmediatamente. Se cuenta con un protocolo PRAAM-001 "asignación de citas médicas" el cual se socializo al personal de consulta externa, en el grupo primario. También se realizó un plan de acción para minimizar la cancelación de citas, con el fin de disminuirlas en un 5% por causas atribuibles a la institución, como estratégicas se tienen: información anticipada de licencias, o demás causas atribuibles a personal que labora en la institución.
	4	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por información inadecuada o incompleta sobre trámites posteriores a la consulta, debido a el tiempo insuficiente para la realización de la consulta por la celeridad en la atención	Coordinación de Urgencias y Atención Ambulatoria, realiza asignación de un auxiliar por médico, con el fin de brindarle la información al usuario generada en la atención realizada y darle continuidad al tratamiento, para finalizar con buena atención	Se realiza informe de análisis con relación a pacientes, el cual contiene: PQRSF, información adecuada o inadecuada brindada a pacientes, con sus respectivos gráficos de quejas y causas de insatisfacción por servicio. Donde se encuentra Consulta externa con un 7% de insatisfacción. También se cuenta con videos educativos denominados: "educación al usuario familia y cuidador", "deberes y derechos de usuarios", en los cuales por cada servicio se le socializaron a pacientes y sus familias, para que estén informados y tengan



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

				conocimiento de los mismos.
CONTROL INTERNO DE GESTIÓN	1	Posibilidad de pérdida Reputacional por incumplimiento del programa de auditorías y seguimientos, debido a Fallas en la planeación de actividades que se realizan en la OCIG, Inoportunidad en la ejecución de los planes (auditoria y seguimientos), Seguimiento inoportuno a plan de trabajo y programas de auditorías de la OCIG, Priorización de otras auditorias y / o seguimientos solicitados por alta dirección y entes de control , Entrega tardía de la información por parte de las dependencias , Desconocimiento de la normatividad asociada a los procedimientos del HUDN.	CTRL 1. Los funcionarios de la OCIG, elaboran el Plan de Trabajo Anual de la OCIG que se presentará al comité de Coordinación de Control Interno, con el fin de tener un plan de acción claro y medible. CTRL 2. Asesor de la OCIG, realiza seguimiento trimestral al cumplimiento del Plan de Trabajo Anual y del Programa de auditorías, con el fin de verificar el avance de la gestión de cada auditor. CTRL 3. Auditor, realiza para cada auditoria programada, el Plan de Auditorias (Evidencia Formato FRGCI-003 diligenciado), el cual plantea un cronograma claro de tiempos y actividades dentro de cada auditoria que permiten realizar seguimiento de su debida ejecución. Si se presentan incumplimientos o retrasos, se ajustará con los auditores el plan con cronograma de cumplimiento eficaz, si la situación persiste se remitirá a Control Interno Disciplinario para análisis de la conducta.	SEGUIMIENTO CTRL 1. Se socializará al comité de coordinación de CI el plan de trabajo anual de OCIG, el día jueves 8 de junio 4:30pm la cual se llevará a cabo en Sala de juntas de Gerencia. También el personal de la OCIG tiene su propio plan de trabajo, con fechas establecidas. Evidencia: formato FRGCI-012 denominado "plan anual de auditorías y seguimientos", acta de reunión, lista de asistencia, plan de trabajo del personal de CIG. SEGUIMIENTO CTRL 2. Respecto al plan de trabajo anual el cual se compone de: INFORMES DE LEY: para el primer cuatrimestre del presente año se realizó el cargue de 7 informes de ley, los cuales se pueden evidenciar en la página institucional. AUDITORIAS INTERNAS: para el primer cuatrimestre del presente año se realizó 3 seguimientos de auditorías, a finanzas, archivo y actividades de hospitalización, quirófanos y urgencias. SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO DE CONTRALORIA: para el primer cuatrimestre del presente año se realizó un seguimiento realizado el 8 de febrero del presente año. OTROS SEGUIMIENTOS: para el



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

			CTRL 4. Auditor, actualiza permanentemente el formato de seguimientos asignados en la vigencia (Evidencia FRGCI -007 diligenciado). Formato que permite tener un panorama claro de ejecución de seguimientos en toda la vigencia.	primer cuatrimestre del presente año se realizó 1 seguimiento a: MIPG, declaración de bienes y rentas y conflicto de intereses, Gestión Integral del Riesgo. Se lo puede evidenciar mediante correo enviado a planeación. AUDITORIAS ESPECIALES: surge una auditoria especial para el mes de mayo. La cual se plasma en el formato FRGCI-005 "INFORME AUDITORIA INTERNA" el cual tiene pasos específicos para ser realizada: planeación, reunión, ejecución, remisión informe final, plan de mejora. SEGUIMIENTO CTRL 3. Teniendo en cuenta el plan de auditorías, para el primer cuatrimestre a la fecha no se tienen programadas auditorias. SEGUIMIENTO CTRL 4. En el momento el formato FRGCI-007 está desactualizado, está en proceso para modificar.
--	--	--	---	---



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



¡Trabajamos por mi Nariño, tu salud, nuestro compromiso!

	2	Posibilidad de pérdida Reputacional por deficiencia en la evaluación y seguimiento de los componentes del sistema de CI, debido a incumplimiento de requisitos y la falta de continuidad del personal de apoyo de la OCI	CTRL 1. Comité de control interno, realiza aprobación del cronograma de trabajo de la OCI cada año. CTRL 2. funcionarios de la OCI, realizan informes de forma periódica, con el fin de cumplimiento a la ley y para cumplimiento de seguimientos. CTRL 3. Asesor de OCIG, realiza rendición de informe general al comité coordinador de CI.	SEGUIMIENTO CTRL 1. Se socializará al comité de coordinación de CI el plan de trabajo anual de OCIG, el día jueves 8 de junio 4:30pm la cual se llevará a cabo en Sala de juntas de Gerencia. SEGUIMIENTO CTRL 2. Para el primer cuatrimestre del presente año se realizó el cargue de 7 informes de ley, los cuales se pueden evidenciar en la página institucional. C2: El día jueves 8 de junio a se realizará rendición del informe general al comité de coordinación de CI.
AMBIENTE FÍSICO	1	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por traslados entre áreas de equipos y bienes sin reporte a activos fijos, debido a diferentes causas como: salto del debido proceso, insuficiente interrelación de procesos, desconocimiento de procedimientos internos, ausencia de control y supervisión, insuficiente compromiso por parte del responsable de inventarios.	CTRL 1. Profesional universitario de activos fijos y los coordinadores de área cada vez que se requiera traslados de activos fijos diligencian el formato FRAFI-003 TRASLADOS DE ACTIVOS FIJOS, con el fin de mantener control de inventarios CTRL 2. Profesional universitario de activos fijos, responsable de circularizar formalmente sobre la responsabilidad de los bienes de la organización, con el fin de dar cumplimiento al procedimiento.	SEGUIMIENTO CTRL 1. Se creo procedimiento PRAFI-006 denominado "traslado de bienes entre áreas" el cual se dio conocimiento a las diferentes áreas del hospital, con el fin de que llegue debidamente diligenciado a la oficina de activos fijos, para hacer el debido cargue a DGH También cuentan con un inventario desde activos fijos por cada habitación del área asistencial y el hospital tiene un inventario global. Evidencia: Procedimiento y formato debidamente cargado en intranet, lista de asistencia SEGUIMIENTO CTRL 2. Realizaron un plegable el cual se envió todos los correos de las personas que tienen a su cargo bienes de la institución. Evidencias: plegable divulgado vía correo electrónico.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	2	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por contaminación cruzada y ausencia de espacios de almacenamiento por bienes dados de baja en trámite, debido a proceso administrativo legal lento y ausencia de espacios de bodegaje adecuados.	Profesional universitario de activos fijos, las coordinaciones de área y el coordinador de sistemas y/o coordinador de mantenimiento, informan mediante un reporte a la empresa de mantenimiento y/o sistemas cada vez que se presentan elementos para dar de baja y en caso de no existir espacios de almacenamiento se ubican en las terrazas de segundo piso, con el fin de que haya más espacio y agilizar el trámite para dar de baja cualquier elemento en caso de requerirlo.	Se creó procedimiento para saber cómo se debe manejar dichas circunstancias, está debidamente cargado en intranet. este ayuda a evacuar y retirar todos los bienes dados de baja en la institución y también fueron retirados del inventario registrado en DGH y evacuaron los bienes que se encontraban en la terraza.
	3	Posibilidad de pérdida Reputacional por equipos externos en el hospital sin monitoreo de activos fijos, debido a equipos de terceros y comodatos.	Profesional universitario de activos fijos y coordinadores de área, verifican que los equipos cumplan con lo estipulado en la resolución de ingreso de tecnología, y se relacionan en el inventario de Excel, cada vez que haya autorización de gerencia en ingresar equipos externos al hospital en calidad de comodato y demostración, y de la misma forma oficializar a los especialistas y coordinaciones sobre el riesgo que implica no informar, con el fin de tener conocimiento de la existencia de los mismos en el hospital y llevar un correcto inventario.	Efectivamente verifican si los equipos que van a ingresar al hospital o sean donados, revisan que cuente con sus respectivas actas de donación y posterior a eso se realiza cargue en el inventario del hospital



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	4	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por falta de insumos para lavado de ropa sucia hospitalaria, debido a demoras en la planificación y contratación.	Profesional universitario de apoyo logístico en conjunto con el operario de lavado, realizan mensualmente la verificación de productos existentes para el proceso de lavado y proceso de higienizado de ropa hospitalaria, con el fin de garantizar un stock de insumos suficientes para el desarrollo del proceso; a través del formato FRALG-053 (registro de insumos para lavado)	Anualmente se envía el estudio previo para compra de insumos para lavado de ropa hospitalaria y se realiza verificación semanalmente del stock. Evidencia: Stock de insumos.
	5	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por falta de ropa hospitalaria, debido a demoras injustificadas en procesos de contratación, deterioro de ropa hospitalaria por insumos, daño de los equipos de lavado y secado	CTRL 1. Profesional universitario de apoyo logístico, presenta anualmente la planificación para la adquisición de telas o insumos para confección y reparación de ropa hospitalaria, con el fin de garantizar la suficiente cantidad de prendas que se requieren para la prestación de los servicios de salud, el cual se controla a través del formato (FRALG-46) ropería de confección y control de insumos. CTRL 2. Profesional Universitario de Apoyo Logístico, reporta oportunamente las fallas presentadas en la tecnología instalada en el área de lavandería, con el fin de garantizar la continuidad en el lavado, secado y planchado de la ropa.	SEGUIMIENTO CTRL 1. Se cumple con el PAA, y se realiza diligenciamiento del formato FRALG-46, por parte del personal de confección, con el fin de realizar número de prendas confeccionadas en el mes, y confeccionar stock suficiente ropa de servicios asistenciales. SEGUIMIENTO CTRL 2. Cuando se presenten fallas se reporta mediante correo electrónico o llamada telefónica para que se genere un ticket por parte del área de mantenimiento, y posteriormente se firma el reporte de servicio.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	6	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por inexistencia o insuficiencia de personal de vigilancia, debido a incumplimiento de requisitos para ser contratado y fallas en la planificación de contratación	Profesional Universitario de Apoyo Logístico, presenta eco anualmente para la contratación a través de una empresa privada el servicio de vigilancia y seguridad, con el fin de que el área de contratación realice el correspondiente proceso de invitación pública, dicho proceso es necesario para garantizar la seguridad para el personal administrativo y asistencial, así como la protección y custodia de los bienes muebles e inmuebles del HUDN.	Se realiza seguimiento mediante los informes mensuales que se presentan por la empresa tercerizada, informes por guardas de seguridad y reportes de novedades presentadas. con el fin de salvaguardar personal administrativo y asistencial, así como la protección y custodia de los bienes muebles e inmuebles del HUDN
	7	Posibilidad de pérdida Reputacional por ineficiente funcionamiento de cámaras de seguridad, debido a fallas de equipos CCTV, insuficiencia de equipos para cubrir todas las áreas del hospital y ausencia de personal idóneo para su manejo y seguimiento	Profesional Universitario de Apoyo Logístico, realiza seguimiento al plan de mantenimiento preventivo y el estado de funcionamiento de las cámaras de seguridad de manera trimestral, verificando la hoja de vida y los reportes técnicos del área mantenimiento, todo esto se hace con el fin de salvaguardar la vida e integridad tanto de usuarios internos como externos de la institución, y de la misma forma bienes y activos del HUDN.	Se realiza reporte trimestral que realiza el técnico de mantenimiento, se recibe reporte de satisfacción por parte de guardas de seguridad de la institución y por último la Profesional Universitario de apoyo logístico revisa el reporte y firma satisfacción, si hay algún daño de equipos se solicita reparación o repuesto de cámaras de seguridad.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	8	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por ausencia en el mantenimiento de los vehículos, seguros (SOAT) y legalidades, debido a inadecuada supervisión y ausencia de contrato pertinente y planificación	CTRL 1. Profesional Universitario de Apoyo Logístico, realiza seguimiento a plan de mantenimiento preventivo, al cumplimiento del plan estratégico del plan vial y el estado de funcionamiento de los vehículos del HUDN, el cual se realiza de manera mensual verificando la hoja de vida y los reportes de mantenimiento preventivo y correctivo y el cumplimiento del contrato de mantenimiento, con el fin de brindar oportuno y correcto funcionamiento y desplazamiento seguro de los vehículos pertenecientes al HUDN. CTRL 2. Profesional Universitario de Apoyo Logístico, delega a cada conductor un vehículo, con el fin de hacerlos responsables del buen cuidado del mismo.	SEGUIMIENTO TRL 1. Se realiza recepción de vehículos de manera mensual y se verifica el mantenimiento de estos. Evidencias: Oficina de apoyo logístico cuenta con factura de reparación o mantenimiento de vehículos, comparado con reporte de solicitud de mantenimiento, formato de mantenimiento preventivo y correctivo. SEGUIMIENTO TRL 2. Conductor diligencia formato de registro diario del vehículo antes de salir a misión, donde se verifica el funcionamiento y cumplimiento de documentos al día. Registro de hoja de vida y reportan fallas de vehículos. Evidencia: Formato diligenciado y registro de hoja de vida, que reposan en la HV de cada vehículo.
	9	Posibilidad de pérdida Reputacional por ingenieros sin certificación INVIMA, debido a incumplimiento de requisitos legales, insuficiente revisión documental de hojas de vida e idoneidad.	Profesional universitario de mantenimiento, realiza periódicamente al inicio de cada contrato la correcta revisión de hojas de vida de acuerdo a los requisitos técnicos de estudios y pliegos de contratación, con el fin de prevenir incumplimiento en requisitos legales e idoneidad del personal.	Al inicio de cada contrato se verifica las hojas de la vida del personal, que cumplan con el registro INVIMA ya que como mínimo deben tener 3 años de experiencia en hospitales de mediana y alta complejidad Evidencias: certificados laborales de cada hoja de vida



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



¡Trabajamos por mi Nariño, tu salud, nuestro compromiso!

	10	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por incumplimiento en cronograma de mantenimiento preventivo, debido a deficiencia en la supervisión del contrato y disponibilidad de equipos (conectados a pacientes)	Equipo de trabajo de mantenimiento, supervisa mensualmente el cronograma enviado al IDSN con el plan de mantenimiento, de acuerdo a los estudios previos oportunos y la contratación oportuna los cuales se realizan anualmente, con el fin de asegurar el correcto funcionamiento de los equipos.	Se verifica en las hojas de vida de los equipos biomédicos, los respectivos mantenimientos según cronograma, firmando los reportes y rutinas de mantenimiento, también se elaboran indicadores de mantenimiento preventivo, dando cumplimiento al reporte oportuno en el POA, cuenta con su respectivo análisis y ficha técnica Evidencia: rutinas de mantenimiento, cronograma, hojas de vida de quipos biomédicos, POA
	11	Posibilidad de pérdida Reputacional por equipos sin calibración, debido a inexistencia de contrato de calibración y equipos no encontrados en el servicio	Técnico operativo de mantenimiento, supervisa el cronograma mensualmente, los estudios previos oportunos y la contratación oportuna que se realizan anualmente, con el fin de asegurar el correcto funcionamiento de los equipos.	Se realizan rondas a los diferentes servicios para verificar la vigencia de los stickers de calibración, se verifica hojas de vida para que cuenten con certificados de calibración. Evidencia: Rondas de tecnovigilancia, informes de calibración.
	12	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por uso de equipos sin cumplimiento de decreto 4725 de 2005, debido a contratación con incumplimiento de ley, equipos de terceros, comodatos.	Responsable de activos fijos y mantenimiento, son encargados de ingresar los equipos y mantenimiento verifica la lista de chequeo desde la política de introducción a la tecnología cada vez que llega un nuevo equipo, con el fin de asegurar el correcto funcionamiento de los mismos y dar cumplimiento al decreto 4725 de 2005.	Cumple efectivamente con el control propuesto.
	13	Posibilidad de pérdida Reputacional por inexistencia de insumos para despacho en áreas administrativas y asistenciales, debido a incremento de la demanda, ausencia de planeación en áreas y legalización inoportuna de contratos para el ingreso de mercancía a almacén y el trámite de despachos a las	Líder de Almacén, establece un stock mínimo de mercancía para cumplir con las necesidades de los servicios de manera oportuna para la entrega de los pedidos según el cronograma (como evidencia se encuentra el comparativo de pedidos vs entregas) de manera mensual. De no contar con el stock necesario, los servicios podrían tener desaprovisionamiento y quejas.	Cuentan con un stock necesario para satisfacer las necesidades de los servicios oportunamente.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	áreas		
14	Posibilidad de pérdida Reputacional por ingreso de bienes sin notificación a almacén, debido a salto del debido proceso, debilidades en la interrelación de procesos, desconocimiento de procedimientos internos, fallas en el control y supervisión de los contratos y órdenes de compra	Líder de almacén, revisa cada vez que ingresa bienes al hospital corroborando mediante contrato las cantidades e insumos contratados, se genera almacenamiento de los bienes hasta conocer el estado del contrato, generando el comprobante de entrada al almacén para realizar los despachos, en caso de que el contrato no se encuentre legalizado y con su debida lista de chequeo la mercancía se queda en almacenamiento hasta la legalización, todo esto con el fin de hacer la debida revisión de los insumos.	Cuando llegan los productos se verifica que haya contrato, lo mismo que este en el contrato debe estar en la factura, cuando esta complétame legalizado, Jurídica expide lista de chequeo, en ese momento con contrato legalizado, lista de chequeo y factura se realiza comprobante de entrada y luego despacho a las diferentes áreas.
15	Posibilidad de pérdida Reputacional por ausencia de espacio físico adecuado para el almacenamiento de mercancía, debido a improvisación de espacios extras para almacenito (Bunker) y ausencia de espacio adecuado para recepción y adecuación e instalación de equipos.	Equipo de trabajo de suministros y almacén, improvisan espacios físicos para ser utilizados como bodegas en las áreas de: docencia universitaria, almacén y bunker en oncología, con el fin de almacenar la mercancía que llega y custodiar la misma, esto se puede evidenciar en el Inventario de DGH.	Cuando no haya espacio de almacenamiento se utiliza el bunker o docencia universitaria (cuando estén en vacaciones), para almacenamiento de mercancía. De manera esporádica
16	Posibilidad de pérdida Reputacional por ingreso de bienes posterior a la terminación de contrato, debido a sobre carga laboral y asignación de muchas supervisiones, deficiente supervisión al no detectarlo y solicitar prorroga de contrato, asignación de supervisión pero no	Asesora de Ambiente Físico, debe realizar solicitud a unidad de contratación la entrega de documento de asignación de supervisión, con el fin de tener control y revisión de roles.	Efectivamente se cumple con el control descrito.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

		entrega de documento por parte de contratación		
	17	Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de normatividad ambiental aplicable a la organización, debido a desconocimiento de la normatividad ambiental aplicable a la organización, falta de recursos para cumplimiento a las exigencias ambientales.	Coordinador de gestión ambiental, actualiza constantemente matriz de requisitos legales, elabora ECO para la medición de diferentes parámetros ambientales y carga información a plataformas digitales de diferentes entes de control, y realiza envío de informes según periodicidad, con el fin de dar cumplimiento a la normatividad ambiental aplicable a la organización.	Se actualizo matriz de requisitos legales en octubre del 2022, para certificación de HSEQ, cargue de parámetros ambientales RH1 a plataformas legales, el ultimo envío se realizó en enero del presente año, mensualmente se realiza indicadores biológicos, en noviembre del 2022 se realizó emisiones atmosféricas, el cual se realiza trianual, y vertimientos se realizó en diciembre del 2022 el cual se realiza anualmente o a solicitud de receptor o ente de control. En cuanto al plan de acción, en el mes de enero fue el último ECO de tercerizados, incluyendo aseo y desinfección, manejo integrado de plagas, laboratorio toma de muestras.
TALENTO HUMANO	1	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por inoportunidad en respuesta de derechos de petición y tutelas, debido a sobre carga laboral y desconocimiento en la respuesta de tutelas	Abogado profesional Universitario de Talento Humano, mensualmente sel diligencia la tabla de asignación de tiempo de oportunidad de respuesta, la cual genera control y alerta para respuesta oportuna. Punto de control: tabla de asignación. Evidencia: tabla de tiempos - Indicador de respuesta oportuna.	Cuentan con un formato de evaluación de desempeño, el cual cuenta con derecho de petición, radicado, quien remite, asunto, y cuando lo respondió. en el cual cada seis meses se realiza la respectiva evaluación para cumplimiento de tiempos. Cuenta con un indicador en el POA, denominado "respuesta a tutelas seguimientos a derechos de petición" Evidencia: Formato de evaluación de desempeño y POA



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	2	Posibilidad de pérdida Reputacional por personal con baja adherencia a políticas y procedimientos de la institución, debido a contratación de perfiles con definición general en el Manual de funciones, desconocimiento del funcionamiento del HUDN por parte del personal que ingresa, Inadecuada entrega de cargos por parte del personal saliente o líder del proceso, falta de Inducción, entrenamiento o capacitación adecuado.	CTRL 1. El profesional Universitario de Talento Humano, realiza plan de capacitación institucional y programa de inducción y re inducción, con el fin de generar continúa formación, garantizando el excelente desarrollo laboral de los colaboradores. CTRL 2. Profesional Universitario de Talento Humano, realiza entrenamiento en los procesos	SEGUIMIENTO CTRL 1. Plan de capacitaciones, planes de inducción y re inducción, se reportan en el informe de gestión, el cual se mide con indicadores trimestralmente con su respectivo indicador, gráfica y análisis. Cuenta con tres indicadores en el POA, denominados "% de presupuesto ejecutado para actividades de capacitación y formación", "% personal que recibe inducción general" y "personal que recibe re inducción" EVIDENCIA: Plan anual de capacitación, inducción y re inducción, informe de gestión, POA SEGUIMIENTO CTRL 2. Cuando ingresa personal de planta a la institución, diligencia el formato FRRHU-022 "registro de entrenamiento" con el fin de que se acople al sitio de trabajo, este lo reporta al jefe inmediato
	3	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por errónea elaboración de nómina y liquidación de prestaciones sociales, debido a desconocimiento de normatividad y procedimientos asociados, error en la digitación, falta de verificación y errores en la parametrización del sistema.	El grupo de nómina de Talento Humano, conformado por el técnico administrativo y un auxiliar administrativo, mensualmente ingresan en el sistema de dinámica gerencial las diferentes novedades reportadas (recargos, libranzas, incapacidades, vacaciones y licencias) cada uno de las cuales se soportan con los respectivos actos administrativos. El sistema cuenta con alertas si se ingresan datos errados en fechas de novedades, lo cual permite realizar correcciones. Igualmente, el personal realiza un punteo de novedades con digitación de nómina para detectar deficiencias.	Cumple efectivamente con el control propuesto.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	4	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por vinculación de personal no acorde a la ley y/o procedimientos internos, debido a incumplimiento de los procedimientos establecidos en la normativa debido a desconocimiento de los trámites administrativos y legales	Profesional especializado en talento humano, realiza verificación de correcto diligenciamiento del formato de requisitos, para la posesión FRRHU-16 y verificación de requisitos	Cuando ingresa personal nuevo de planta, verifican que cumpla con la hoja de vida que se requiere, estudios, experiencia, según formato FRRHU-002 "Cumplimiento de requisitos hoja de vida según manual de funciones" y en OPS según informe de verificación, si cumple con idoneidad, experiencia y capacidad jurídica. Teniendo en cuenta que tanto para personal de planta como OPS cuentan con su respectiva lista de chequeo para cumplimiento de requisitos.
	5	Posibilidad de pérdida Reputacional por deterioro del clima laboral, debido a la falta de medición del clima laboral del HUDN - mejoramiento a partir de sus resultados	Profesional especializado en talento humano, realiza actualización procedimiento de clima laboral y realizan actividades y planes de acción, con base a resultados	En febrero y marzo se replanteo la encuesta y se aplicó en abril del presente año. También cuenta con un indicador en el POA, denominado "promedio calificación de clima" el cual tiene como meta 80% se dio cumplimiento con 81% para el primer trimestre del año.
GESTIÓN FINANCIERA	1	Posibilidad de afectación económica y reputacional por copagos o cuotas moderadoras en alimentación de la factura sin cancelar, debido a la falta de conciencia de ingreso de recursos de la institución por parte de personal y también la amistad o familiarización con los usuarios	CTRL 1. Analista de Historia Clínicas y/o Aux administrativo en facturación, revisa y liquida las atenciones prestadas frente al cobro de copagos o cuotas moderadoras que se deben realizar dentro de cada atención o ingreso. CTRL 2. Facturación central, realiza filtro de auditoría de la factura antes de despachar a la entidad responsable de pago	SEGUIMIENTO CTRL 1. Antes que el facturador genere la salida, atención al usuario ya ha hecho acercamiento con el paciente, informando si tiene nivel 2 copago, beneficiario, cuota moderadora, o copago. Posterior, analista de HC, informa al paciente, valor que tiene que pagar y porque lo tiene que pagar Evidencia: APP Facturación digital (tiempos de entrega y elaboración de cada actividad) y radicador institucional SEGUIMIENTO CTRL 2. Facturador revisa cuentas ya liquidadas, soporte de HC, auditar las cuentas, en caso de evidenciar algún error lo devuelve, de lo contrario pasa despacho con la entidad. Evidencia: app radicador institucional



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	2	Posibilidad de afectación económica y reputacional por inconsistencia en la verificación de derechos, debido a las autorizaciones sin control por parte de la EPS	Auxiliares de facturación, realizan permanentemente verificación en las bases y/o plataformas de las aseguradoras, ADRES ³⁴ , PPNA ³⁵ y por audio. De igual manera realizan el proceso de admisiones y autorizaciones en las áreas de Urgencias, Ginecología y Servicios Ambulatorios.	Cumple efectivamente con el control propuesto, como evidencia se tiene el formato FRFAC-009 "códigos de autorización vía telefónica ERP" y la aplicación de facturación digital
	3	Posibilidad de afectación económica y reputacional por insuficiencia en radicación de facturación, debido a deficiencia en los procesos de admisión del usuario e inoportunidad en el cargue de servicios por parte del personal asistencial.	CTRL 1. Coordinación de facturación, realiza revisión del reporte generado del radicador institucional. CTRL 2. Analista de cuentas médicas, debe entregar las facturas a central de facturación de manera diaria posterior a su liquidación.	SEGUIMIENTO CTRL 1. Cumple efectivamente con el control propuesto. Evidencia: radicador institucional En cuanto al plan de acción, se extrae información que está en central, no se ha despachado desde facturación y está pendiente por despachar. SEGUIMIENTO CTRL 2. Realizan verificación, en cuanto que lo que se encuentre radicado este en central y viceversa Evidencia: radicador institucional

³⁴ ADRES. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

³⁵ PPNA. Población Pobre No Asegurada



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	4	Posibilidad de afectación económica y reputacional por ausencia de control de ingresos abiertos, debido a insuficiencia en la identificación del responsable del servicio, falta de control de los egresos hospitalarios y ambulatorios, insuficiencia en identificación de la entidad responsable de pago, inoportunidad de actividades de la parte asistencial en el cargue materias osteosíntesis, carencia en el registro de los procedimientos quirúrgicos.	CTRL 1. Coordinación de facturación y financiera, son responsables de generar control diario de ingresos abiertos por cada subproceso CTRL 2. Grupo de monitores, realizan retroalimentación permanente con personal asistencial.	SEGUIMIENTO CTRL 1. Se genera reporte de DGH, facturación central para que custodie factura, también dos veces al mes se les hace seguimiento a facturadores, teniendo en cuenta que no se le firma certificación o que no estén justificados a contratistas y semanalmente realizan seguimiento desde central a facturadores que estén a su cargo y que aún no hayan liquidado. Evidencia: certificaciones de contratistas, correos electrónicos de envíos a central y facturadores. En cuanto al plan de acción, se debe tener en cuenta que en los últimos dos años los ingresos abiertos han bajado, en comparación con años anteriores. SEGUIMIENTO CTRL 2. Se cumple con el plan de acción, teniendo en cuenta que cada vez que ingresa personal nuevo o cuando se encuentran inconsistencias con el personal asistencial se capacita en el buen registro de información en HC y buen cargue de factura. Evidencia: actas capacitaciones, llamados de atención.
	5	Posibilidad de afectación económica y reputacional por anulación y/o modificación de facturas, debido a error en la parte asistencial por modificación de actividades diarias, devolución de medicamentos por no aplicación de estos, inasistencia a las consultas programadas por parte de usuarios, cancelación de agendas por parte de	Coordinación financiera, realiza conciliación mensual entre facturación, cartera y contabilidad	Con el fin de disminuir la anulación de facturas antes se tenían 10 personas realizando esta actividad y ahora únicamente hay 3 autorizados. Para esto se controla los valores que hay en presupuesto, contabilidad y facturación, así: en contabilidad y facturación, se registran tres estados de factura (liquidada, ingreso abierto paciente egresado, pacientes acostados), y en presupuesto llega la factura liquidada. Esto también se puede evidenciar en la rendición de informes, en cuanto presupuesto no tenga mayor valor que facturación y contabilidad Evidencia: datos reflejados en



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

		especialistas, corrección de digitación por la parte administrativa en el cargue de procedimientos.		cada subproceso. (Contabilidad: cuenta 4312, facturación: producción del mes, y presupuesto: venta de servicios)
	6	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por insuficiencia en la depuración contable permanente y sostenible para reflejar la realidad financiera, económica y social conforme a la normatividad contable vigente, debido a desconocimiento de la Ley 1797 de 2016, Resolución 6066 del 2016 y demás normatividad relacionada con la depuración contable permanente y sostenible, ausencia en la verificación y conciliación de saldos por parte de los responsables de la información, y también por no promover por parte del Comité Técnico de Sostenibilidad Contable la depuración permanente en todos los subprocesos de la Institución	CTRL 1. Líderes de los diferentes procesos de conciliación entre áreas, concilian saldos mensualmente de los diferentes módulos, con el fin de realizar los ajustes correspondientes a los que hubiera lugar a través de las actas de conciliación. CTRL 2. Facturación, contabilidad, cartera y los demás subprocesos, presentan al comité de sostenibilidad contable fichas técnicas de facturas depuradas que ya no se pueden cobrar, con el fin de depurar la cartera y depurar datos contables.	SEGUIMIENTO CTRL 1. Se realiza revisión de datos con facturación, contabilidad y presupuesto constantemente. SEGUIMIENTO CTRL 2. Se da cumplimiento, actas de comité de sostenibilidad contable, con reuniones bimensuales y/o cuando se requiera



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



¡Trabajamos por mi Nariño, tu salud, nuestro compromiso!

	7	Posibilidad de pérdida Económica por indisponibilidad en el costeo de los servicios ofertados por el HUDN, debido a indisponibilidad tecnológica que permite realizar cálculo de costos, ausencia de apoyo en el área asistencial y tecnología que no se haya prestado y se requiera contratar.	CTRL 1. Profesional universitario de costos, realiza visita al área asistencial cada que haya demanda de solicitud de tecnología, con el fin de trabajar conjuntamente en los dos ítems básicos (mano de obra y suministros) CTRL 2. Profesional universitario de costos, controla que el costo este bien generado por medio de comparativos de referentes tarifarios.	SEGUIMIENTO CTRL 1. Profesional de costos, visita a las diferentes áreas cada que haya demanda, visita al coordinador, o quien lo designe, para tratar dos ítems básicos de mano de obra y suministros Evidencia: Software SINERGIA. SEGUIMIENTO CTRL 2. Se da cumplimiento control descrito. Como evidencia se tiene el comparativo en Excel de Software contra referente.
	8	Posibilidad de pérdida Reputacional por debilidad en la información de los costos generada por los diferentes procesos, debido a inconsistencia en la información que hace interfaz por registro errado y/o parámetros inadecuados desde otros módulos y deficiencia en capacitación a usuarios del sistema.	Los líderes de procesos, comparan los resultados obtenidos en valores de mano de obra, gasto general y suministros entre los módulos, con el fin de identificar si la interfaz de la información es igual en los módulos. En caso de presentarse diferencias en afectación al módulo de costos se procede a buscar origen de las mismas con el soporte del ingeniero de finanzas mediante el documento de conciliación realizado.	Mensualmente se cierra costos, se procede a hacer la comparación de la información y se realiza formato de conciliación diligenciado. Evidencia: formato de conciliación diligenciado.
	9	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por bajo nivel de liquidez, debido a la demora en pagos de EPS, bajo recaudo de cartera y alto índice de cuentas por pagar	Profesional Universitario de Tesorería, revisa flujo efectivo, boletín de tesorería, conciliación de recaudo y listado de proveedores de tesorería, con el fin de analizar el flujo y obligaciones que se van a respaldar, permitiendo la tomar de decisiones financieras.	Se le realiza seguimiento diariamente, revisando el boletín de tesorería para verificación de recaudo. Mensualmente revisa conciliación de recaudos para analizar con que recursos cuenta la entidad y el listado de proveedores para revisar la cantidad monetaria se tiene para cancelar a proveedores dependiendo del vencimiento de la factura Evidencia: flujo efectivo.

¡Trabajamos por mi Nariño, tu salud, nuestro compromiso!

	10	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por inconsistencias en arqueo, debido a errores humanos, fallas en el sistema y jineteo.	Tesorero general, realiza el arqueo diario a caja general, arqueo periódico a fondos fijos, auditoría de CIG ³⁶ y arqueo de contabilidad, el cual se realiza diariamente con el fin de recolectar el dinero para alistar las consignaciones en el banco a través del listado de dinámica gerencial. Lo anterior permite la toma de decisiones financieras acertadas.	Se da cumplimiento a la política contable, la cual menciona que la conciliación se debe realizar mínimo cada tres días dependiendo de la disponibilidad de transporte. Evidencia: Listado de recibos de caja diarios.
	11	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por introducción de recursos de narcotráfico y terrorismo en la organización, debido a fallas en el proceso SARLAFT ³⁷ .	Responsable del área de tesorería en conjunto con el asesor de la Oficina de Planeación, generan acta 14112019 de reportes para SARLAFT, los 10 primeros días de cada mes tesorería envía al asesor de la Oficina de Planeación el formulario único de conocimiento SARLAFT (FRTES-011) de los pagos en efectivo por montos superiores a 5 millones por usuario, en caso de no enviar dichos reportes acarrearía investigación para el responsable del proceso.	Se da cumplimiento al control descrito, cuando no hay operaciones sospechosas se envía formato SARLAFT (FRTES-011) y en caso de haber transacciones se envía formato de operaciones sospechosas que lo diligencia el facturador. Evidencia: Correo electrónico enviado al Asesor de la Oficina de Planeación

³⁶ CIG. Control Interno de Gestión

³⁷ SARLAFT. Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	12	Posibilidad de pérdida Económica por insuficiencia en la depuración contable permanente y sostenible para reflejar la realidad financiera, económica y social conforme a la normatividad contable vigente, debido a carencia en la verificación y conciliación de saldos por parte de los responsables de la información, Desconocimiento de la Ley 1797 de 2016 ,Resolución 6066 del 2016 y demás normatividad relacionada con la depuración contable permanente y sostenible, No promover por parte del Comité Técnico de Sostenibilidad Contable la depuración permanente en todos los subprocesos de la Institución.	CTRL 1. Comité de sostenibilidad contable evalúa y aprueba las fichas técnicas para depuración presentadas por los diferentes subprocesos, con el fin de tener razonabilidad en las cifras de los estados financieros. CTRL 2. Profesionales de contabilidad, realizan conciliación con los diferentes módulos del sistema de información, con el fin de identificar posibles diferencias, su origen y realizar los ajustes correspondientes.	SEGUIMIENTO CTRL 1. Comité de sostenibilidad, se reúne periódicamente, presenta fichas técnicas, aprueban y realizan resolución de gerencia y registro en el sistema de información Evidencia: Actas de reunión, resoluciones, fichas técnicas SEGUIMIENTO CTRL 2. Mensualmente realizan conciliación con los diferentes módulos. Evidencia: Conciliación
--	----	---	---	---



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	13	Posibilidad de pérdida Económica por inoportunidad en la información suministrada por parte de las áreas respectivas, debido a Desconocimiento de los procesos y del sistema DGH, Ausencia de planeación en procesos administrativos que retardan la entrega y registro de información oportunamente, Omisión en los procesos de registro y trámite de la información por parte de los responsables.	CTRL 1. Profesionales de contabilidad, generan la solicitud mediante correo electrónico a los diferentes subprocesos responsables de suministrar la información, con el fin de verificar que toda la información quede registrada. CTRL 2. Profesionales de contabilidad, realizan la planeación del cierre financiero anual, estableciendo unas fechas, con el fin de que todas las áreas registren la información, realicen las actividades pertinentes para un correcto cierre financiero a 31 de diciembre	SEGUIMIENTO CTRL 1. Se les solicita a los diferentes subprocesos mediante correo electrónico suministrar la información financiera. Evidencia: correo electrónico SEGUIMIENTO CTRL 2. se da cumplimiento al control descrito. Evidencia: Resolución cierre financiero
	14	Posibilidad de pérdida Económica por inconsistencias generadas por el sistema de información dinámica gerencial en el registro de información financiera, debido a Diferencias en la información entre los diferentes módulos, Errores en la parametrización del sistema DGH, Insuficiente acompañamiento y asistencia de parte del proveedor del Software, Carencia de capacitación específica a los usuarios y capacitación integral del sistema DGH al subproceso de contabilidad quien consolida la	Profesionales de contabilidad reporta al área de sistemas las inconsistencias y/o solicitudes referentes al sistema de información DGH, con el fin de corregir los problemas presentados con apoyo del proveedor del software.	Cada vez que se presenten inconsistencias se le reporta vía correo electrónico para dar solución al problema presentado.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

		información, Concentración del conocimiento del sistema en una sola persona.		
	15	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por incumplimiento a los cambios normativos, debido a costos de actualización elevados, poco accesibles a los funcionarios y dificultad en la asistencia a capacitaciones externas debido a los horarios y compromisos laborales.	Profesional de contabilidad, solicitará a gerencia cuando sea necesario la autorización para las diferentes capacitaciones ya sean virtuales o presenciales, con el fin de actualizar los conocimientos.	La última solicitud para capacitación fue en septiembre del 2023, la cual fue aprobada. fue en Bogotá, sobre finanzas publicas Evidencia: Certificado de asistencia.
	16	Posibilidad de pérdida Económica por presentación incorrecta y/o inoportuna de las declaraciones tributarias y su respectivo pago, debido a retraso en la elaboración de las declaraciones, retraso en la revisión y firma de Revisoría Fiscal, fallas en el sistema de información de la DIAN ³⁸ o Alcaldía Municipal, incumplimiento en la fecha de pago de acuerdo al calendario tributario por parte de tesorería	Profesional de contabilidad, mensualmente verifica: procedimientos de pago de impuestos, cumplimiento del calendario tributario, seguimiento al proceso de presentación, revisión y pago de los impuestos. Teniendo en cuenta los registros en el sistema relacionados con el procedimiento de impuestos, preparando declaraciones tributarias para presentación y pago de acuerdo al calendario tributario basándose en la normatividad vigente.	De acuerdo al calendario tributario tanto municipal, nacional, departamental, se entrega las declaraciones tributarias a tesorería para respectivo pago. Evidencias: declaraciones

³⁸ DIAN. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

	17	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por inoportunidad en la presentación de informes a los entes de control, debido a retraso en la elaboración de los informes, fallas en los aplicativos para reportar la información, falta de conciliación de información a reportar, error en la consolidación de información por parte de responsable.	CTRL 1. Profesional de contabilidad, presenta informes a los diferentes entes de control de acuerdo al cronograma (mensual, trimestral y anual), realizando verificación y conciliación de la información en los informes respectivos para la presentación oportuna a los diferentes entes de control; con el fin de dar cumplimiento y evitar sanciones a la entidad. CTRL 2. Profesional de contabilidad, realiza revisión previa al envío definitivo del informe a los entes de control, con el fin evitar errores que podrían generar sanciones.	SEGUIMIENTO CTRL 1. Se da cumplimiento al control descrito. Evidencia: pantallazos de plataforma correspondientes SEGUIMIENTO CTRL 2. SEG: Se da cumplimiento al control descrito.
	18	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por incremento en las cuentas por pagar financiadas con reconocimiento y no con recaudo, debido a incumplimiento de los pagos en los plazos pactados en los contratos, comprometen recursos mayores en OPS y proveedores.	Profesional Universitario de presupuesto, realiza conciliación de RP ³⁹ el último trimestre del año y envía oficios de advertencias a las diferentes áreas, con el fin de que se disminuyan las cuentas por pagar, y cuando existan saldos se elaboren las respectivas actas de liquidación para que los saldos a favor del hospital puedan ser liberados en presupuesta oportunamente.	Se realiza trimestralmente las conciliaciones de RP debidamente firmadas con los supervisores de contratos. Evidencia: conciliación firmada en físico. Es de anotar que el control de gasto no le corresponde a presupuesto, es de nivel directivo. Ha presupuesto le corresponde estar informando la ejecución de los rubros, y si dado un caso so requiere adicionar un rubro se hace con permiso de Subgerencia Administrativa y Financiera. cuya legalización se confirma con la resolución de traslado que es firmada por le gerencia.

³⁹ RP. Registro Presupuestal



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	19	Posibilidad de pérdida Económica por sanción de entes de control, debido a la información errónea en el reporte de recaudos por cartera y tesorería, en los rubros de ventas de servicios de cuentas por cobrar, ya que no se registran en la ejecución del sistema dinámica-net.	Responsables de tesorería y cartera, elaboran la conciliación de recaudos mensualmente, con el fin de registrar la ejecución mensual de ingresos.	Mensualmente se elabora la conciliación de recaudo entre tesorería y cartera, la cual consiste en realizar seguimiento al recaudo proyectado. Evidencia: Conciliación.
	20	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por incumplimiento de la proyección de recaudo, debido a que las entidades no cancelan lo radicado y la liquidación de entidades	CTRL 1. Abogado encargado de área de Cartera, realiza derechos de petición cuando no se recibe respuesta los cuales llevan a tutela y demandas, con el fin de recaudar dineros adeudados por las EPS. CTRL 2. Personal de cartera, presenta Informes de gestión de manera mensual al profesional especializado de recursos financieros, con el fin de que se conozca el recaudo mensual y la gestión del área a través de reuniones periódicas de cartera, facturación y glosas.	SEGUIMIENTO CTRL 1. Se da cumplimiento al control descrito. Evidencia: actas de conciliación dependiendo de la gestión para promover mesas de conciliación bien sea desde el hospital o citadas por el IDSN, Supersalud y Min Salud SEGUIMIENTO CTRL 2. Se da cumplimiento al control descrito. Evidencia: informe de gestión mensual que presenta cartera el cual se evalúa por el coordinador financiero y se hace requerimiento según la cartera por edades promoviendo la gestión.



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	21	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por ausencia en la presentación de informes exactos y oportunos, que conllevan a procesos disciplinarios a la gerencia, debido a insuficiente suministro de información por parte de los procesos asociados a esta labor.	Personal de cartera, realiza trimestralmente la presentación de los informes del decreto 2193, ACHC, boletín de deudores morosos, circular No. 009, circular No. 030; los cuales se pueden consultar en la página de la Supersalud, en la ACHC ⁴⁰ , Contaduría general de la Nación, oficios remisorios del hospital a la SUPERSALUD, MINSALUD - SISPRO, con el fin de cumplir la norma estipulada.	Se da cumplimiento al control y plan de acción descrito Evidencia: Plataformas.
	22	Posibilidad de pérdida Económica por ausencia de conciliación con las diferentes ERP, lo que no permite definir la cartera a cobrar, debido a que no se coincide con las cifras de cartera.	Personal de cartera, realiza conciliación con las diferentes ERP trimestralmente referente a la cartera, con el fin de firmar actas de conciliación y que las entidades reconozcan la deuda comprometida, a través de la firma de compromisos de depuración en las mesas de circular No. 030.	Se da cumplimiento del control descrito. Evidencia: actas o cuadros de conciliación de cartera

⁴⁰ ACHC. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

SERVICIO FARMACEUTICO	1	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por deficiencia en la preparación de medicamentos de central de mezclas, debido a: errores de formulación, errores en la transcripción de las fórmulas médicas, errores en los cálculos de las unidades, errores humanos en la preparación.	CTRL 1. Jefe de producción, realiza validación de orden médica, con el fin de incrementar la seguridad del paciente mediante la prevención de errores de medicación. CTRL 2. Jefe de producción, Químico preparador y Jefe de calidad, encargados de realizar los controles de calidad antes, durante y después de la preparación, así: Antes - Jefe de producción Durante - químico preparador Después - jefe de calidad CTRL 3. Regente de farmacia y jefe de servicio, realiza doble chequeo en dispensación y recepción, con el fin de detectar errores para administrar medicamentos.	Se cumple efectivamente con los controles propuestos.
---	----------	--	--	--



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

	2	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por contaminación microbiana de preparados estériles, debido a incumplimiento de normas de bioseguridad para ingreso de área estéril, contaminación cruzada, no realización de limpieza y desinfección de áreas y equipos en la CMP, no llevar a cabo controles microbiológicos por falta de contratos vigentes con laboratorios, incumplimiento a cronograma de mantenimientos preventivos	Contratista especializado, realiza mensualmente, controles y validaciones microbiológicas de las unidades elaboradas en la central de mezclas así como a los ambientes y al personal, lo cual permite verificar que se estén empleando las técnicas de asepsia y antisepsia que garanticen la esterilidad y apirogenicidad de los preparados.	Se da cumplimiento al control y plan de acción descrito, se puede evidenciar mediante los informes de control microbiológico y seguimiento mensual a través de evaluaciones microbiológicas, en caso de no cumplir se debe verificar una serie de actividades. El ultimo control microbiológico se realizó el 16/05/2023, y está plasmado en un formato el cual se puede evidenciar si cumple o no los niveles de microorganismos permitidos.
--	---	--	--	--

¡Trabajamos por mi Nariño, tu salud, nuestro compromiso!

	3	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por cierre parcial o total de central de mezclas parenterales y central de gases medicinales, debido a daños de infraestructura, daños de equipo, falta de personal, ausencia de contratos de mantenimiento, falta de validación y verificación de equipos, sistemas de aire y equipos de producción.	CTRL 1. Director técnico de servicio farmacéutico, realiza Plan Anual de Adquisiciones y gestiona con junta directiva presupuesto CTRL 2. Jefe de control de calidad, realiza ECO⁴¹ y cronograma de mantenimientos	SEGUIMIENTO CTRL 1. En el momento no hay contrato debido a que ninguno de los proveedores locales quiere hacer contrato porque es contingencia, en este caso Subgerencia de Prestación de Servicios, solicito un informe de porque es necesario contrato o hacer un convenio interinstitucional para manejar contingencia, el cual fue entregado el 28 de febrero del 2023. SEGUIMIENTO CTRL 2. En este momento se tienen contrato con promovedor externo de BPE⁴², con experiencia de mantenimiento en central de mezclas certificadas, vigente de mantenimiento hasta el 30 de junio y se está elaborando estudios previos para la siguiente contratación en lo que resta del año, la primera solicitud fue realizada el 27 enero, y la última solicitud de ECO fue el 27 mayo En cuanto al plan de acción, maquilas no se ha podido generar contrato, por eso se realizó un informe con la necesidad de generar un convenio interinstitucional
	4	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por suspensión del suministro de gases medicinales, debido a fallas en los equipos de suministro de aire, reserva insuficiente para cubrir el tiempo de respuesta, suspensión del fluido eléctrico, taponamiento de las vías de acceso, aumento de demanda por	Jefe de producción, verifica todos los días, las 24 horas del día, también se tiene en funcionamiento un sistema de alarmas y un personal que las monitoriza constantemente, lo cual garantiza que la presión del aire medicinal y del oxígeno medicinal, permanezca dentro del intervalo definido asegurando el continuo suministro de gases medicinales, lo cual puede ser evidenciado mediante Reserva de repuestos - reserva de suministros - Control de Stock - Contratos	Esta actividad se lleva a cabo, queda registrado en la FRFAR-210 "orden de producción" para llevar control de valores que arroja la producción. -FRFAR 206 el cual se diligencia de forma diaria, verificando la funcionalidad del sistema. Se tiene contrato de mantenimiento el cual inicio a partir de abril del 2023 y mensualmente se cumplen rutinas de mantenimiento de acuerdo a cronograma Evidencia - formato FRFAR 210 y FRFAR 206 en central de gases

⁴¹ ECO. Estudio de Conveniencia y Oportunidad

⁴² BPE. Buenas Prácticas de Elaboración



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO**
DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

		incremento temporal de camas de UCI por epidemias o pandemias	vigentes - contrato de mantenimiento	
	5	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por recepcionar productos farmacéuticos fraudulentos o adulterados, debido a la selección inadecuada de proveedores y la no realización de inspección técnica de los productos recibidos	Director técnico y químico farmacéutico, realizan evaluación técnica de requisitos habilitantes, evaluación antes de contratar y auditoría a proveedores críticos, por otra parte regente de farmacia con verificación de químico farmacéutico realizan inspección administrativa y técnica de los productos recibidos.	Se realizaron evaluaciones técnicas de proveedores, a lo largo de los cuatro meses, se inició en febrero y la última se está realizando en el mes de mayo. Referente a material osteosíntesis, medicamentos, dispositivos médicos, entre otros. Evidencia: procesos cargados en el SECOP II de evaluaciones técnicas realizadas En cuanto al plan de acción, se cumple con la evaluación técnica de requisitos habilitantes, evaluación antes de contratar y auditoría a proveedores críticos, una vez estén contratados, la última fue en el año 2022 para el presente año 2023 se está en espera de lista definitiva de proveedores
	6	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por vencimiento de productos farmacéuticos, debido a productos con baja rotación (por cierre de servicios, cumplimiento de normatividad y presentaciones comerciales), reporte inoportuno a proveedor, Producto que se reciben con fecha de vencimiento corta y no se hace la novedad oportunamente, que no se tenga en cuenta FIFO - FEFO en el almacenamiento, no realización de semaforización de próximos a vencer y deficiencia en control de inventarios.	CTRL 1. Director técnico de servicio farmacéutico, realiza reporte mensual de gestión de fechas de vencimiento, lo cual arroja productos próximos a vencer, vencidos, mayor rotación y ayuda a reclasificarlos. CTRL 2. Auxiliar de servicio farmacéutico, realiza semaforización de próximos a vencer, logística inversa y control de inventarios.	SEGUIMIENTO CTRL 1. El director técnico de servicio farmacéutico reporta a las diferentes áreas asistencial y diferentes farmacias del hospital mediante correo electrónico, el último se envió el 31/05/23, en el cual reporta por áreas, con código, medicamento o depósito médico, fecha vencimiento y cantidades y es clasificado por colores. SEGUIMIENTO CTRL 2. Se tiene establecido que cada auxiliar tiene asignado un tramo de medicamento o dispositivos médicos próximos a vencer, de acuerdo al reporte verificar, entrega de próximos a vencer, lo que ya este vencido enviar al área de cuarentena y lo que reporta el sistema sea igual a lo que se tiene en física.

¡Trabajamos por mi Nariño, tu salud, nuestro compromiso!

	7	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por indisponibilidad de medicamentos y dispositivos médicos, debido a la ausencia de contratación, productos nuevos no incluidos en el listado básico, retrasos en el despacho, productos desabastecidos o descontinuados, bloqueos de despacho por cartera, Indisponibilidad en la farmacia satélite.	Auxiliares de farmacia, reportan todos los días al coordinador del servicio farmacéutico y personal de apoyo aquellos productos próximos a agotarse, en procura de que se gestione su compra o préstamo de manera oportuna, lo cual permite dar continuidad a la farmacoterapia según los requerimientos que el personal médico.	El reporte extraoficial es por WhatsApp en el cual está el personal farmacéutico, en el cual se reporta próximo a agotarse y se diligencia formato FRFAR-115 "registro de medicamentos no disponibles en el servicio" posterior a esto es entregado al área de bodega para la respectiva gestión y adquisición
	8	Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por errores en la dispensación, debido a confusión y no semaforización en medicamentos LASA ⁴³ y alto riesgo, duplicidad u omisión de medicamentos, desconocimiento de medicamentos por parte del personal, doble formulación, falla en la calidad de doble chequeo, deficiencia en la aplicación de los 5 correctos, confusión en el alistamiento y almacenamiento de productos.	Auxiliares de farmacia, antes de surtir los medicamentos, emplean técnica de codificación de colores, lo cual permite de manera visible alertar sobre productos LASA, y medicamentos de alto riesgo, disminuyendo la probabilidad de errores de dispensación, lo cual se evidencia mediante el registro de calidad de "suministros sin confirmar".	Se da cumplimiento al control y plan de acción descrito Los auxiliares en el cumplimiento de actividades, verifican medicamentos LASA y de alto riesgo, que estén semaforizados de acuerdo al listado de medicamentos, también en la entrega de medicamentos hacen doble chequeo, teniendo una persona que alista y otra persona que rectifica el alistamiento de carros de unidosis. En piso donde reciben carros de medicamentos, cada auxiliar o jefe recibe medicamentos de acuerdo a orden médica. Además, cuenta con dos indicadores en el POA denominados "% de calidad en la dispensación de medicamentos y dispositivos médicos" tiene como meta menor a 0.5% y resultado para el primer trimestre del año se obtuvo 0.17% siendo efectivo, y "% de errores de medicación asociados a la dispensación" teniendo como meta menor al 20% y en el primer trimestre se cumple con el 0% siendo efectivo. se da cumplimiento al análisis definido por la OAP y cuenta con sus respectivas fichas técnicas EVIDENCIA: Formato FRFAR-057 "control de distribución de

⁴³ LASA. Medicamentos que se parecen físicamente o que sus nombres suenan parecidos



**¡Trabajamos por mi Nariño,
tu salud,
nuestro compromiso!**

				medicamentos y dispositivos médicos a los servicios asistenciales" reposan en el servicio farmacéutico.
--	--	--	--	---

Fuente: Elaboración propia

Firmado original

Elaboró
Valeria Galvez Burgos
Tec. Administrativo en Salud de
Planeación

Revisó
Robinson Bejarano
Prof. Universitario de Planeación.

Aprobó
Rubén Chaves Bravo
Asesor Oficina de Planeación.