



| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: Página 1 de 36 |

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---------------------------------|----|
| Duitama, 22 de Abril 2024 | 2 |
| RESPONSABLE. | 2 |
| PRESENTADO A..... | 2 |
| PERIODO DEL INFORME. | 2 |
| OBJETIVO..... | 2 |
| RESUMEN. | 2 |
| DESARROLLO..... | 3 |
| CONCLUSIONES | 29 |
| ANEXOS..... | 35 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: |
| | | Página 2 de 36 |

Duitama, 22 de abril 2024

RESPONSABLE.

MARTHA AZUCENA GRANADOS CASTRO
ASESOR DE CONTROL INTERNO

PRESENTADO A.

JAIRO MAURICIO SANTOYO GUTIERREZ
GERENTE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

PERIODO DEL INFORME.

La fecha de este informe inicia a partir del 01 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023 y matriz de riesgos con corte marzo 2024.

OBJETIVO.


Realizar evaluación de la gestión de cada proceso y establecer el nivel de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento suscritos en las diferentes auditorias, Informe de Indicadores de Gestión, Seguimiento a Riesgos de Proceso y Corrupción e Informe de MIPG.

RESUMEN.

La evaluación se basa en la verificación del nivel de cumplimiento por cada dependencia de las metas definidas en los Planes Operativos de la vigencia 2023, Planes de Mejoramiento suscritos en las diferentes auditorias, Informe de Indicadores de Gestión, Seguimiento a Riesgos de Proceso y Corrupción e Informe de MIPG.

En cumplimiento de la Ley 87 de 1993 y según lo establecido en el artículo 39 de la Ley 909 de 2004 «Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones», de la Circular 04 del 27 de septiembre de 2005 expedida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional y Territorial que establece:

"con fundamento en los informes de seguimiento realizados por las oficinas de Planeación, los jefes de las oficinas de Control Interno deberán verificar el cumplimiento de dicha información a través de las auditorias u otros mecanismos que validen los porcentajes de los logros de cada compromiso"

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: Página 3 de 36 |

De acuerdo con los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, la Oficina Asesora de Control Interno presentara informe de evaluación de gestión por dependencias del año 2023 y como resultado de este seguimiento por parte de la Oficina Asesora de Control Interno se generarán Alertas de mejora.

DESARROLLO.

ALCANCE

Esta evaluación por Dependencias del Hospital Regional de Duitama se realiza con base en los resultados obtenidos de los siguientes informes:


- ✚ Reporte de Indicadores cargados en el Software Almera con corte febrero 2024.
- ✚ Calificación realizada en la evaluación de planes de mejoramiento y los seguimientos a su respectivo cumplimiento realizado por la Oficina de Control Interno (a 31 de diciembre de 2023).
- ✚ Evaluación de cumplimiento de los planes MIPG aplicables a cada proceso a 31 de diciembre 2023.
- ✚ Seguimiento a mapas de riesgos por proceso y de corrupción (febrero 2024).
- ✚ Avance plan de desarrollo vigencia 2023
- ✚ Se toma como insumo la participación en las reuniones de algunos de los comités institucionales, visitas de seguimiento e informes y recomendaciones tendientes a subsanar las deficiencias encontradas, (Vigencia 2023).

MARCO NORMATIVO

La Ley 87 de 1993 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones manifiesta en su Artículo 9 que le corresponde a la Oficina de Control interno, "medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos".

En desarrollo de tales funciones, el artículo 17 del Decreto 648 de 2017, identifica la evaluación y seguimiento, como uno de los principales tópicos que enmarcan el rol de las Oficinas de Control Interno. Así mismo, la Ley 909 de 2004 por medio de la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones establece en el artículo 39 que "El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento".

Por otro lado, el Decreto Reglamentario 1227 de 2005 por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y el Decreto ley 1567 de 1998: Circular No. 04 de 2005 mediante la cual el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de control interno de las entidades del orden nacional y territorial establece los lineamientos para la evaluación institucional por dependencias, en cumplimiento de la Ley 909 de 2004 que estatuye lo siguiente: " El Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, para hacer la evaluación institucional a la gestión de las dependencias, deberá tener como referente:

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: Página 4 de 36 |

- a) *La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo;*
- b) *Los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados;*
- c) *Los resultados de la ejecución por dependencias, de acuerdo con lo programado en la planeación institucional, contenidos en los informes de seguimiento de las Oficinas de Planeación o como resultado de las auditorías y/o visitas realizadas por las mismas Oficinas de Control Interno”.*

METODOLOGÍA

La oficina de control interno realizara calificación por procesos teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

Acuerdo No 013 de (23 de noviembre de 2022) por el cual se adopta el sistema integrado de gestión de riesgos y la política institucional de gestión del riesgo de la empresa social del estado hospital regional de Duitama.

| CRITERIOS DE CALIFICACIÓN |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Considerando el Mapa de calor y de acuerdo con las directrices emanadas en la Política de Gestión del Riesgo Institucional se define como periodicidad para evaluación por procesos de los diferentes riesgos (3ra Línea de defensa), de acuerdo con el nivel de riesgo residual, la siguiente: |
| VALORACIÓN DE LAS FRANJAS CROMATICAS |
| VERDE |
| Si el rango se encuentra entre el 20%,40% indica una gestión que en los aspectos evaluados se encuentra en parámetros de eficiencia y se cumple con la meta propuesta. |
| AMARILLO |
| Con rango entre 60% representa una manifestación que los aspectos evaluados están desarrollando un proceso de aplicación con tendencia al fortalecimiento, aunque con algunas debilidades si el porcentaje se ubica un valor debajo del 70%. Si los resultados se ubican en el límite inferior de 60% se recomienda trabajar con énfasis en un plan de acción correctivo para su mejoramiento. |
| NARANJA |
| Alto con rango entre 79.9% y 80% |
| ROJO |
| Con rango entre 100% es un cumplimiento crítico en las metas evaluadas con deficiencias que deben ser atendidas en un plan de acciones correctivas para una mejora inmediata de la gestión. |



HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

Código:

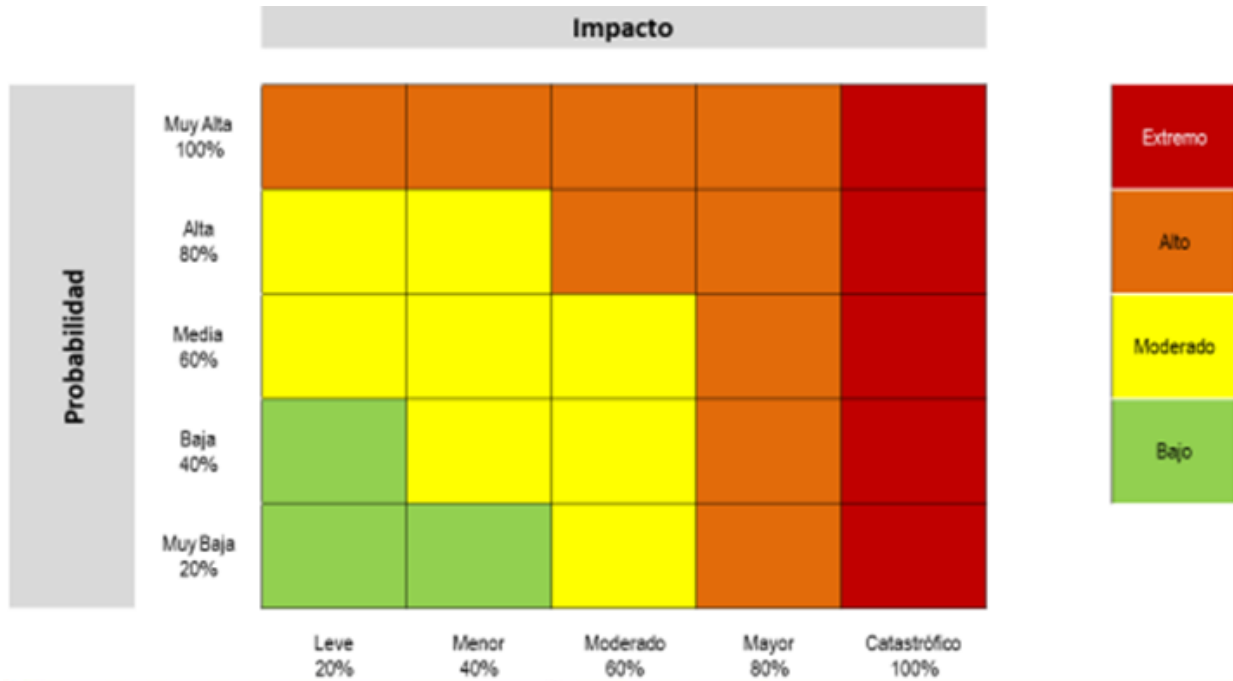
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD

Versión:

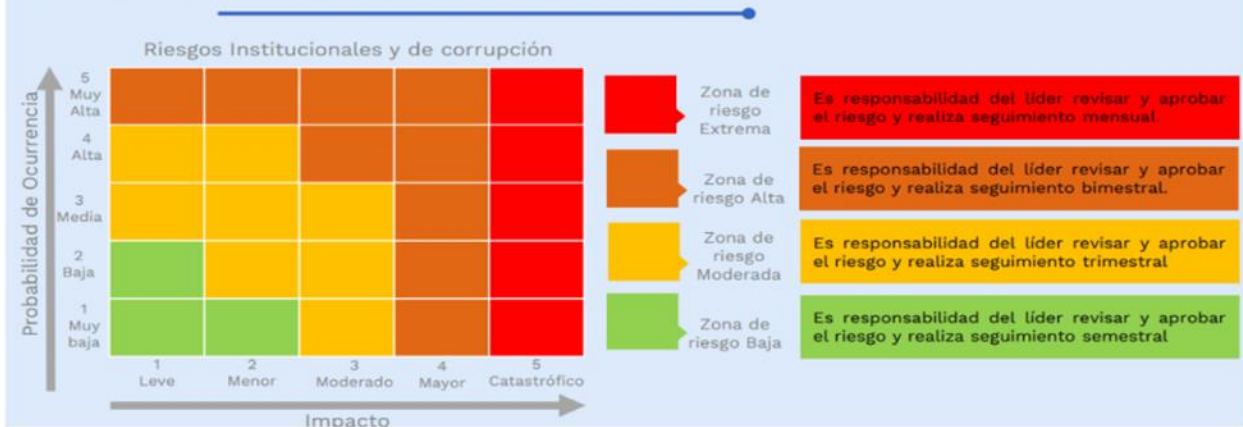
INFORME POR DEPENDENCIAS

Fecha:

Página 5 de 36



Se trata de determinar los niveles de severidad, cruzando los datos de probabilidad e impacto definidos, para obtener la **Zona de severidad**. Función Pública define 4 zonas de severidad en la siguiente matriz de calor.




- Mensual, para riesgos ubicados en la zona de riesgo extrema.
- Bimensual, para riesgos ubicados en zona de riesgo alta
- Trimestral, para riesgos ubicados en zona de riesgo moderada
- Semestral, para riesgos ubicados en zona de riesgo baja

PROCESOS Y DEPENDENCIAS ADSCRITAS AL HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

GESTION FINANCIERA

| AREA | NUMERO |
|------|--------|
|------|--------|

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: Página 6 de 36 |

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Gestión de cartera | HRD-PA-GF-GCT-CP-01 |
| Gestión de tesorería | HRD-PA-GF-GT-CP-01 |
| Gestión de mercadeo | HRD-PA-GF-GM-CP-01 |
| Gestión de presupuesto | HRD-PA-GF-GP-CP-01 |
| Gestión de facturación | HRD-PA-GF-GFM-CP-01 |
| Gestión de contabilidad | HRD-PA-GF-GCB-CP-01 |
| Gestión de cuentas medicas | HRD-PA-GF-GCM-CP-01 |
| Gestión de costos hospitalarios | HRD-PA-GF-GCH-CP-01 |

A continuación, se realiza la evaluación para el área de Gestión Financiera.

| SUBPROCESOS | INDICADORES | PLANES DE MEJORA | MAPA DE RIESGO DE PROCESO | MAPA DE RIESGO DE CORRUPCION | TOTAL |
|---------------------------------|-------------|------------------|---------------------------|------------------------------|------------|
| Gestión de cartera | 100% | 100% | 90% | | 96% |
| Gestión de tesorería | 100% | 100% | 80% | | 93% |
| Gestión de mercadeo | 100% | 100% | 90% | | 96% |
| Gestión de presupuesto | 100% | 100% | 60% | | 87% |
| Gestión de facturación | 100% | 100% | 60% | | 87% |
| Gestión de contabilidad | 100% | 100% | 60% | | 87% |
| Gestión de cuentas medicas | 100% | 100% | 70% | | 90% |
| Gestión de costos hospitalarios | 100% | 100% | 80% | | 93% |
| PROMEDIO | 100% | 100% | 98% | | 91% |


ANÁLISIS

La gestión financiera del hospital regional de Duitama logro un 100% de cumplimiento, lo cual demuestra su buen desempeño, compromiso y mejora continua frente a la vigencia anterior.

En la matriz de riesgo con corte a febrero 2024 se puede evidenciar que, para la Gestión Financiera, los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos en los todos sus subprocesos de apoyo.

En la Gestión de Cartera se encuentran tres riesgos identificados, dos moderados y uno alto, los riesgos se encuentran con tres controles.

- **Gestión de Tesorería**

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: |
| | | Página 7 de 36 |

Existe un control para mitigar posibles riesgos de procesos o de corrupción en cuanto a la posibilidad de pérdida de dineros y títulos valores en custodia de los responsables del manejo de recursos de caja menor, cajas auxiliares (Cajas de facturación) y Caja General, por inoportunidad de arqueos de caja, o por inseguridad con el manejo de los recursos.

Y cuatro controles para la posibilidad de realizar pagos de las obligaciones fuera de los plazos establecidos, por ausencia de documentación y/o soportes incompletos, por caídas de red interna y/o de los portales digitales bancarios.

- **Gestión de Presupuesto**

Existen dos riesgos con dos controles.

- **Gestión de Facturación**

Existen cinco riesgos con cinco controles para evitar que los riesgos se materialicen.

- **Gestión de Contabilidad**

Riesgo por la posibilidad de generar informes económicos que no reflejen la realidad económica de la entidad, por errores de software, información inoportuna o incompleta por parte de los líderes de los módulos del sistema contable. Está es un riesgo que se encuentra en zona de riesgo extremo y cuenta con un control.

- **Gestión de Costos Hospitalarios**

Cuenta con un riesgo alto y un control.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO


La Gestión Financiera durante la vigencia fiscal 2023, demostró un comportamiento efectivo y eficaz, se recomienda seguir en pro de la mejora continua. Se recomienda trabajar de la mano con el área jurídica para el cobro efectivo de obligaciones pendientes.

Se recomienda para la mitigación del riesgo en la Gestión de Cartera continuar con las conciliaciones de cartera y el proceso de cobro coactivo.

Es necesario seguir con la revisión de los documentos establecidos para el pago de obligaciones, como también con el arqueo de caja establecidos desde las áreas de control, revisión y administración.

Se recomienda en el área de presupuesto realizar la verificación de las necesidades de las diferentes áreas para una efectiva ejecución presupuestal de ingresos y gastos.

Se recomienda la presentación oportuna de los informes a los diferentes entes de control con el fin de evitar retrasos en las conciliaciones de información entre las áreas de contabilidad, facturación y cartera.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: Página 8 de 36 |

Evitar las deficiencias presupuestales en el cubrimiento de las necesidades de la entidad, por una inadecuada programación presupuestal y bajo recaudo de cartera.

- **En el Área de Facturación**

Se recomienda trabajo de equipo y el conocimiento total de los servicios que se pueden prestar en el Hospital, así como los requisitos exigidos para evitar devoluciones y no reconocimiento de pagos por servicios efectivamente prestados con el fin de evitar la pérdida de dineros y el desgaste administrativo del personal de facturación y de cobro.

- **En la Gestión de Contabilidad**

Es necesario el apoyo continuo del Área de Sistemas para la verificación de la información consignada en las diferentes plataformas que contribuya a una presentación de informes que reflejen la realidad económica del Hospital Regional de Duitama.

- **La Gestión de Cuentas Medicas**

Con referencia a los dos riesgos presentes uno de los cuales es alto debido al posible detrimento patrimonial por no llevar el debido proceso, es necesario continuar con la realización de los Comités de Cartera y sobre todo realizar cronogramas para cada proceso estableciendo los tiempos para los cobros.


- **Gestión de Costos Hospitalarios**

Se recomienda realizar seguimiento a la auditoria de los estados financieros por parte de Revisoría Fiscal trimestralmente.

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

| AREA | NUMERO |
|--------------------------------------|--------------------|
| Tecnologías de la Información | HRD-PA-GI-TI-CP-01 |
| Gestión Documental | HRD-PA-GI-GD-CP-01 |

| MEDICION GESTION DE LA INFORMACION A 31 DE DICIEMBRE 2023 | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------|-------------|------------------|----------------|------|----------------------------|-------------------------------|-------|
| PROCESO | INDICADORES | PLANES DE MEJORA | PLAN DE ACCION | POA | MAPA DE RIESGO DE PROCESOS | MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION | TOTAL |
| Tecnologías de la Información | 100% | 100% | 100% | 100% | 67% | | 93% |
| Gestión Documental | 100% | 100% | 100% | 100% | 72% | | 94% |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: |
| | | Página 9 de 36 |

| | | | | | | |
|----------|------|------|------|------|-----|-----|
| PROMEDIO | 100% | 100% | 100% | 100% | 65% | 93% |
|----------|------|------|------|------|-----|-----|

ANÁLISIS

La Gestión De La Información del Hospital Regional de Duitama logro un 93% de cumplimiento, lo cual demuestra su buen desempeño, compromiso y mejora continua frente a la vigencia anterior.

Se cumplió con las metas del Plan de Desarrollo y con el Plan de Acción, los indicadores se cumplieron a un 100% de manera general en el área de la gestión de la información del Hospital.

En cuanto a planes de mejoramiento se cumplió al 100% demostrando que se realizó el cumplimiento de tareas. Para la matriz de riesgo con corte 31 de diciembre 2023, se puede establecer que, para la gestión de la información, los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos en los subprocesos

▪ **Tecnologías De La Información.**

Posibilidad de encriptación o secuestro de la información digital de las bases de datos de los sistemas de información y archivos de los equipos de cómputo. Riesgo moderado y existen 3 controles.

Posibilidad de afectación en la atención de los servicios de salud e interrupción en la ejecución de actividades administrativas. Riesgo moderado y existen dos controles.

Posibilidad de uso inadecuado del software e información digital institucional. Riesgo catastrófico con una ponderación 100% con un control. Riesgo extremo y tiene un control.


Probabilidad de incidentes en los centros de datos de la entidad. Riesgo moderado y tiene dos controles.

Posibilidad de alteración de información sensible debido a la manipulación de los sistemas de información por intereses de terceros o particulares. Tiene un riesgo moderado y cuenta con dos controles.

Posibilidad de falla en los servicios tecnológicos de la red de datos, internet, telefonía y correos electrónicos. Riesgo alto y tiene un control

▪ **Gestión Documental**

Posibilidad de pérdida de información institucional por debilidades en la custodia de archivos institucionales debido a la implementación de malas prácticas archivísticas. El riesgo es moderado y cuenta con un control.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: |
| | | Página 10 de 36 |

Posibilidad de pérdida de información institucional por la indebida clasificación documental de archivos de gestión debido a la desactualización o inexistencia de series y subseries documentales. El riesgo es alto y cuenta con un control.

Posibilidad de sanciones y/o procesos administrativos o disciplinarios por la omisión de respuesta a correspondencia en los tiempos establecidos debido a debilidades en la asignación de las comunicaciones recibidas riesgo alto y cuenta con un control

Posibilidad de pérdida de información institucional por eliminación documental sin fundamento debido a fallas en la aplicación y conocimientos de los instrumentos archivísticos riesgo alto y cuenta con un control

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO

Se requiere una adecuada Implementación de una seguridad cibernética empresarial apoyados de una empresa con experiencia en combatir ataques de ciberdelincuentes.

Se recomienda seguir con Configuración de una red de datos en anillo redundante con asignación de VLAN para mejora del tráfico de información.

Es necesario el mantenimiento a las instalaciones y equipos de confort de los centros de cableado, limitando el acceso al personal no autorizado.

Se recomienda seguir con las acciones de los planes de mejoramiento.

Se requiere seguir con la Revisión y Actualización de tablas de retención documental.

Es importante la respuesta oportuna a entes de control, como también la respuesta oportuna de comunicaciones recibidas y comunicaciones enviadas.


Es importante el diseño del SGDEA de acuerdo con lineamientos técnicos del AGN.

GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS

| AREA | NUMERO |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Gestión de Ambiental | HRD-PA-GRF-GA-CP-01 |
| Interdependencia de Servicios de apoyo | HRD-PA-GRF-ISA-CP-01 |
| Gestión de mantenimiento infraestructura física hospitalaria | HRD-PA-GRF-GMI-CP-01 |
| Gestión de la Adquisición de Bienes, Activos Fijos Y Servicios | HRD-PA-GRF-GABSAF-CP-01 |
| Gestión Biomédica Industrial y de soporte tecnológico Asistencial | HRD-PA-GRF-GEBI-CP-01 |

MEDICIÓN GESTION RECURSOS FÍSICOS A 31 DE DICIEMBRE 2023

| PROCESO | INDICADORES | PLANES DE MEJORA | PLAN DE ACCION | POA | MAPA RIESGO DE PROCESOS | MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION | TOTAL |
|---------|-------------|------------------|----------------|-----|-------------------------|-------------------------------|-------|
|---------|-------------|------------------|----------------|-----|-------------------------|-------------------------------|-------|

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | | | | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | | | | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | | | | Fecha: Página 11 de 36 |

| | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Gestión de Ambiental | 100% | 100% | 100% | 100% | 70% | 94% |
| Interdependencia de Servicios de apoyo | 100% | 100% | 100% | 100% | 80% | 96% |
| Gestión de mantenimiento infraestructura física hospitalaria | 100% | 100% | 100% | 100% | 60% | 92% |
| Gestión de la adquisición de Bienes, Activos Fijos Y Servicios | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Gestión Biomédica Industrial y de soporte tecnológico Asistencial | 100% | 100% | 100% | 100% | 70% | 94% |
| PROMEDIO | 100% | 100% | 100% | 100% | 63% | 79% |

ANÁLISIS

La Gestión de Recursos Físicos del Hospital logro un 90% de cumplimiento, lo cual demuestra su buen desempeño, compromiso y mejora continua frente a la vigencia anterior especialmente en el área de gestión de la adquisición de bienes, activos fijos y servicios y el área de mantenimiento de la infraestructura física hospitalaria.

Se cumplió con el plan de desarrollo y el plan de acción con un avance del 100%.


En cuanto a los planes de mejoramiento se cumplió con las acciones propuestas para la vigencia fiscal 2023.

Para la matriz de riesgo, se puede establecer que, para la gestión de recursos físicos, los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos en los subprocesos de apoyo:

- **Gestión Ambiental**

Cuenta con dos riesgos altos y dos controles.

En la interdependencia De Servicios De Apoyo se tiene 4 riesgos con una calificación alta los 4 con 3 controles. Para Posibilidad de Perdida reputacional o patrimonial, afectación de la satisfacción y/o

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: |
| | | Página 12 de 36 |

presentación de eventos adversos por el suministro de alimentación a pacientes inadecuado de acuerdo con la asignación de sus dietas en la estancia hospitalaria, no cuenta con controles.

- **Gestión de Mantenimiento Infraestructura Física Hospitalaria**

Cuenta con tres riesgos moderados con tres controles efectivos.

- **Gestión de la Adquisición de Bienes y Activos Fijos Servicios**

Para el riesgo de Posibilidad de pérdida, daño o deterioro de los materiales y suministros, por inadecuada planeación en la adquisición de materiales y suministros, y por infraestructura inadecuada para la custodia y resguardo. Esta demarcado en extremo con dos controles

Posibilidad de recibir y/o solicitar dádivas para ingresar materiales o suministros que no cumplen las especificaciones o cantidades contratadas, favoreciendo a terceros, por presiones internas o externas. Es un riesgo con calificación extrema el cual tiene dos controles.

- **Gestión Biomédica Industrial y de soporte tecnológico Asistencial**

Cuenta con dos riesgos uno alto y uno moderado con cuatro controles

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO

Se requiere seguir con la concientización y capacitación sobre segregación de residuos a todos los colaboradores de la entidad para evitar que el riesgo se materialice en accidentes de riesgo biológico por punción con residuos peligrosos.

Es necesario que todos los riesgos cuenten con un control efectivo y seguimiento a los mismos con auditorias y listas de chequeo.

Se recomienda seguir con el Cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo a los equipos industriales de uso hospitalario.


Gestión de la Adquisición de Bienes y Activos Fijos Servicios

Se recomienda seguir con las auditorias, con la revisión periódica y realizar una verificación física permanente. Analizar las cotizaciones, Revisión y actualización de procedimientos y puntos de control sobre los materiales y suministros de la bodega.

es importante que las hojas de vida de los equipos se encuentren actualizadas.

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO


| AREA | NUMERO |
|-------------|---------------|
|-------------|---------------|

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: Página 13 de 36 |

| | |
|-----------------------------------|----------------------|
| Desarrollo del Talento Humano | HRD-PA-GTH-CP-01 |
| Administración del Talento Humano | HRD-PA-GTH-ATH-CP-01 |
| Seguridad y Salud en el trabajo | HRD-PA-GTH-SST-CP-01 |

| MEDICION GESTION DEL TALENTO HUMANO A 31 DE DICIEMBRE 2023 | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|-----------------------|-------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------|
| PROCESO | INDICADORES | PLANES DE MEJORA | PLAN DE ACCION | POA | MAPA RIESGO DE PROCESOS | MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION | TOTAL |
| Desarrollo del Talento Humano | 100% | 100% | 100% | 100% | | 53% | 91% |
| Administración del Talento Humano | 100% | 100% | 100% | 100% | | 56% | 91% |
| Seguridad y Salud en el trabajo | 100% | 100% | 100% | 100% | | 60% | 92% |
| PROMEDIO | 100% | 100% | 100% | 100% | | 56% | 91% |

| ANÁLISIS |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>La Gestión de Talento Humano del Hospital Regional de Duitama logro un 91% de cumplimiento, lo cual demuestra su buen desempeño, compromiso y mejora continua frente a la vigencia anterior especialmente en el área de salud en el trabajo.</p> <p>Para la matriz de riesgo se puede establecer que, para la gestión del talento humano, los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos en los subprocesos de apoyo: Desarrollo del Talento Humano, tiene identificados tres riesgos moderados con tres controles y un riesgo alto con un control.</p> <p>Administración del Talento Humano, tiene identificados tres riesgos moderados con tres controles y un riesgo alto con un control.</p> <p>Seguridad y Salud en el trabajo, tiene identificado cuatro riesgos moderados con cuatro controles</p> |
| RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO |
| <p>Se recomienda seguir con las evaluaciones permanentes de los planes adoptados a nivel institucional.</p> <p>Es importante que la verificación de requisitos habilitantes se realice en cada ingreso y sean verificados permanentemente.</p> |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: Página 14 de 36 |

Que las tareas asignadas sean acordes al contrato.

Se recomienda seguir con el plan de bienestar y que este sea producto de un estudio.

Es importante que se revise y verifique todas las afiliaciones a los empleados.

Que se siga dando cumplimiento con la entrega de los EPP.

GESTIÓN DE COMUNICACIONES

| | |
|---------------------------|-------------------|
| AREA | NUMERO |
| Gestión de Comunicaciones | HRD-PA-GCIE-CP-01 |

MEDICION GESTIÓN DE COMUNICACIONES A 31 DE DICIEMBRE 2023

| PROCESO | INDICADORES | PLANES DE MEJORA | PLAN DE ACCION | POA | MAPA RIESGO DE PROCESOS | MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION | TOTAL |
|---------------------------|-------------|------------------|----------------|-------------|-------------------------|-------------------------------|------------|
| Gestión de Comunicaciones | 100% | 100% | 100% | 100% | | 50% | 90% |
| PROMEDIO | 100% | 100% | 100% | 100% | | 50% | 90% |

ANÁLISIS

La Gestión de Comunicaciones del Hospital Regional de Duitama logro un 90% de cumplimiento, lo cual demuestra su buen desempeño, compromiso y mejora continua frente a la vigencia anterior.

Para la matriz de riesgo, se puede establecer los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos en los subprocesos de apoyo:


Gestión de Comunicaciones tiene la Posibilidad de pérdida de confianza en la institución por parte de los grupos de interés debido a fallas o vacíos en la información que se genera en la institución por la inexistencia de líneas de comunicación claras. Se identificaron cuatro riesgos con seis controles.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO

Se recomienda los mantenimientos permanentes a los equipos y además seguir con la eficacia de la página web y las plataformas que ayudan al cliente externo como también al personal de apoyo.

A tener una interacción fácil y confiable con un lenguaje claro en las diferentes áreas de servicio del hospital regional de Duitama.

GESTIÓN JURIDICA Y CONTRACTUAL

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: Página 15 de 36 |


| AREA | NUMERO |
|------------------|-------------------|
| Contratación | HRD-PA-GJC-CP-01 |
| Defensa Jurídica | HRD-PA-GJC -CP-01 |

| MEDICION GESTIÓN JURIDICA Y CONTRACTUAL A 31 DE DICIEMBRE 2023 | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|-----------------------|-------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------|
| PROCESO | INDICADORES | PLANES DE MEJORA | PLAN DE ACCION | POA | MAPA RIESGO DE PROCESOS | MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCION | TOTAL |
| Contratación | 100% | 100% | 100% | 100% | | 45% | 89% |
| Defensa Jurídica | 100% | 100% | 100% | 100% | | 80% | 90% |
| PROMEDIO | 100% | 100% | 100% | 100% | | 63% | 90% |

| ANÁLISIS |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>La Gestión de Jurídica y Contractual del Hospital Regional de Duitama logro un 90% de cumplimiento, lo cual demuestra su buen desempeño, compromiso y mejora continua frente a la vigencia anterior.</p> <p>Para la matriz de riesgo, se puede establecer los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos en los subprocesos de apoyo:</p> <p>En el área de contratación se identifican cuatro riesgos de los cuales hay tres moderados con tres controles y un riesgo bajo con un control.</p> <p>Defensa jurídica se encuentran identificados dos riesgos extremos con tres controles y dos riesgos altos con dos controles.</p> |
| RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO |
| <p>Es importante que se sigan los lineamientos normativos respecto a la contratación.</p> <p>Revisión de los requisitos en cuanto a legalidad, pólizas y demás documentos.</p> <p>Defensa jurídica es importante realizar el debido proceso de los procesos de cobro cumpliendo los tiempos estipulados para la defensa técnica con un control de los procesos jurídicos.</p> <p>Se recomienda realizar los comités de conciliación con un análisis específico de cada uno de los casos llevando a cabo las tareas y los compromisos adquiridos.</p> |

SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO Y AL CIUDADANO

| AREA | NUMERO |
|------------------------------------|-------------------|
| Atención al Usuario y al Ciudadano | HRD-PM-SIAU-AU-01 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: |
| | | Página 16 de 36 |

MEDICION SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO Y AL CIUDADANO 31 DE DICIEMBRE 2023

| PROCESO | INDICADORES | PLANES DE MEJORA | PLAN DE ACCION | POA | MAPA RIESGO AMFE | MAPA DE RIESGOS DAFP | TOTAL |
|------------------------------------|-------------|------------------|----------------|------|------------------|----------------------|-------|
| Atención al Usuario y al Ciudadano | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 70% | 94% |
| PROMEDIO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 70% | 94% |

ANÁLISIS

El sistema de información y atención al usuario y al ciudadano del hospital regional de Duitama logro un 94% de cumplimiento, lo cual demuestra su buen desempeño, compromiso y mejora continua frente a la vigencia anterior. Cumpliendo con los indicadores fijados para el año 2023, cumplimiento efectivo del plan de acción.

Para la matriz de riesgo AMFE se identifica un riesgo moderado con un tratamiento para reducir el riesgo al cual se le aplicaron 4 controles preventivos. Para la matriz de riesgo DAFP se identificaron tres riesgos moderados de probabilidad media que cuenta tres controles efectivos y un riesgo extremo que cuenta con un control. En el Subproceso de Atención al usuario y al ciudadano.


RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO

Se recomienda la capacitación del personal de apoyo en cuanto a la prestación del servicio de manera efectiva y eficaz. Es necesario que la socialización sobre los deberes y derechos de los usuarios sea permanente.

GESTION DE LA ATENCION AMBULATORIA

| AREA | NUMERO |
|--------------------------------|-------------------|
| Consulta Externa General | HRD-PM-GAA- CP-01 |
| Consulta Externa Especializada | HRD-PM-CEE- CP-01 |

| PROCESO | INDICADORES | PLANES DE MEJORA | PLAN DE ACCION | POA | ZONA DE RIESGO / PROBABILIDAD AME | RIESGO DAFP |
|--------------------------|-------------|------------------|----------------|------|---------------------------------------------|-------------|
| Consulta Externa General | 100% | 100% | 100% | 100% | MODERADA 70%/BAJA 30% PRIMER MONITOREO 2024 | N/A |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: Página 17 de 36 |

| | | | | | | |
|--------------------------------|------|------|------|------|---------------------------------------------------|-----|
| Consulta Externa Especializada | 100% | 100% | 100% | 100% | MODERADA 66% ALTA 33% PRIMER MONITOREO 2024 | 60% |
|--------------------------------|------|------|------|------|---------------------------------------------------|-----|

ANÁLISIS

La Gestión De La Atención Ambulatoria del Hospital Regional de Duitama logro un 100% en planes de cumplimiento en planes de mejoramiento, lo cual demuestra su buen desempeño, compromiso y mejora continua frente a la vigencia anterior. En cuanto a los planes de acción se cumplieron en su totalidad para la vigencia 2023.

- **Consulta Externa General**

Para la matriz de riesgo AMFE se identificaron 10 riesgos en total de los cuales (3) son Bajos y cuenta con 12 controles de los cuales, (4) son enfocados Compartir o transferir el riesgo de y (7) siete riesgos moderados los cuales tienen con 14 controles de los cuales 7 controles están enfocados a evitar el riesgo y 7 enfocados a reducir el riesgo.

- **Consulta Externa Especializada**

Para la matriz AMFE se identificaron 3 riesgos de los cuales 2 son moderados con cuatro controles y uno alto con 8 controles.

Para la matriz DAFP se tiene identificado un riesgo moderado con un control.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO

Se recomienda seguir con la supervisión de los contratos y supervisión de los insumos necesarios utilizados para la prestación del servicio de odontología.


Es importante seguir con la capacitación del personal de apoyo, para que conozcan el Procedimiento de entrega de información para preparación a procedimientos a realizar en el servicio de consulta externa y, transmitir de manera clara a los pacientes para evitar la no preparación correcta para la toma de exámenes, los folletos informativos se deben entregar con una breve explicación al cliente externo y resolver las dudas que se generen.

Seguimiento a recomendaciones definidas en las guías de práctica clínica adoptadas y Procedimiento De Auditoría De Historias Clínicas.

Se recomienda capacitar al personal de apoyo de consulta externa para que se respete el derecho al turno en la expedición de citas de forma no preferencial e igualitaria.

GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN


| AREA | NUMERO |
|--------------------------|-----------------------|
| Cuidado Critico Neonatal | HRD-PM-GAH-CCN- CP-01 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: |
| | | Página 18 de 36 |

| | |
|-----------------------------|----------------------|
| Servicio de Hospitalización | HRD-PM-GAH-SH- CP-01 |
| Cuidado Critico Adultos | HRD-PM-GAH-CC- CP-01 |

| PROCESO | INDICADORES | PLANES DE MEJORA | PLAN DE ACCION | POA | MAPA RIESGO DE PROCESOS AMFE |
|-----------------------------|-------------|------------------|----------------|------|-----------------------------------------------------------------|
| Cuidado Critico Neonatal | 100% | 100% | 85% | 85% | 50% Moderado, alto 50% |
| Servicio de Hospitalización | 100% | 100% | 100% | 100% | 60% riesgo extremo, 20% riesgo alto, riesgo moderado 20% |
| Cuidado Critico Adultos | 100% | 100% | 100% | 100% | Bajo 11%, Alto 11%, Moderado 77% |
| PROMEDIO | 100% | 100% | 95% | 95% | 49% Moderado, 16% alto |

| ANÁLISIS |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>La Gestión De La Atención En Hospitalización cumplió en un 100% los indicadores y los planes de mejora propuestos para la vigencia 2023. Para el plan de acción obtuvo un cumplimiento del 85% y un 85% POA de cumplimiento, lo cual demuestra su buen desempeño, compromiso y mejora continua frente a la vigencia anterior.</p> <p>Para la matriz de riesgo de AMFE. se puede establecer que, para la Gestión de la Atención en hospitalización, los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos en los subprocesos de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado Critico Neonatal se identificaron dos riesgos 1 moderado con un control y 1 riesgo alto con caracterización de asumir el riesgo y cuenta con un control. • Servicio de Hospitalización se identificaron 3 riesgos con zona de riesgo extremo que cuentan con 9 controles • Cuidado Critico Adultos cuenta con siete riesgos con zona de riesgo moderada y cuenta con 19 controles <p>Un riesgo con zona de riesgo alta con 3 controles y un riesgo bajo con 2 controles.</p> |
| RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO |
| <p>Se recomienda seguir trabajando en los planes de acción para cumplir en un 100% la presente vigencia</p> <p>Se recomienda en el área de cuidado critico neonatal se establezcan más controles ya que el riesgo es alto y tiene solo un control.</p> |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: Página 19 de 36 |

Se recomienda la capacitación continua y socialización de procedimiento ingreso seguro del paciente a servicios de hospitalización a través de las reuniones de equipos primarios.

GESTIÓN DE LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA

| AREA | NUMERO |
|---------------------------|-----------------------|
| Salas de Cirugía | HRD-PM-GAQ-SC- CP-01 |
| Hemodinámica | HRD-PM-GAQ-HEM- CP-01 |
| Central de Esterilización | HRD-PM-GAQ-CE- CP-01 |

| PROCESO | INDICADORES | PLANES DE MEJORA | PLAN DE ACCION | POA | MAPA RIESGO DE PROCESOS AMFE |
|---------------------------|-------------|------------------|----------------|------|--------------------------------------------------------------|
| Salas de cirugía | 100% | 100 % | 100% | 100% | RIESGO MODERADO 60% RIESGO EXTREMA 20% RIESGO ALTA 20% |
| Hemodinámica | 100% | 100 % | 100% | 100% | RIESGO ALTO 100% |
| Central de Esterilización | 100% | 100 % | 100% | 100% | RIESGO MODERADO 66% RIESGO EXTREMO 33% |
| PROMEDIO | 100% | 100 % | 100% | 100% | NO APLICA |

ANÁLISIS


La **Gestión De La Atención Quirúrgica** del Hospital Regional de Duitama logro un 100% de planes de mejoramiento a marzo 2024 cumplimiento, lo cual demuestra su buen desempeño, compromiso y mejora continua frente a la vigencia anterior en cuanto a los indicadores logro un cumplimiento del 100%.

Para la matriz de riesgo AMFE, se puede establecer que, para la gestión De La Atención quirúrgica, los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos en los subprocesos de apoyo:

- Salas de cirugía identificados 3 riesgos de zona moderada con 10 controles, un riesgo extremo con 1 control y un riesgo alto con un control.
- Hemodinámica Cuenta Con La identificación De Un Riesgo Alto Con Un Control
- Central de Esterilización cuenta con un riesgo extremo y un control, dos riesgos moderados y diez controles.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO

Se recomienda revisión constante del Procedimiento Programación Salas De Cirugía, para evitar el Fallo en la programación de cirugías.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: Página 20 de 36 |


Se recomienda el seguimiento continuo de protocolo cateterismo cardiaco para evitar complicaciones no esperadas asociadas a los procedimientos realizados en el servicio.

Capacitación del personal de apoyo de central de esterilización en la Recepción de material de entrega para el paciente a intervenir quirúrgicamente y seguir los procedimientos definidos para el desarrollo de funciones relacionadas al subproceso Central de esterilización.

GESTIÓN CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA

| AREA | NUMERO |
|------------------------------------------------------|-------------------------|
| Enfermería | HRD-PM-GCM-ENF- CP-01 |
| Rehabilitación | HRD-PM-GCM-RH- CP-01 |
| Atención Psicosocial | HRD-PM-GCM-PSI- CP-01 |
| Gestión de Práctica Clínica | HRD-PM-GCM-GPC- CP-01 |
| Soporte Metabólico y Nutricional | HRD-PM-GCM-SMN- CP-01 |
| Clínica De Piel, Heridas Y Ostomías | HRD-PM-GCM-CPHO- CP-01 |
| Monitoreo Hospitalario - Torre De Control | HRD-PM-GCM-TC- CP-01 |
| Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral | HRD-PM-GCM-IAMII- CP-01 |

| PROCESO | INDICADORES | PLANES DE MEJORA | PLAN DE ACCION | POA | MAPA RIESGO DE PROCESOS AMFE |
|------------------------------------------------------|-------------|------------------|----------------|------|--------------------------------------|
| Enfermería | 100% | 100% | 100% | 100% | EXTREMO 75% MODERADO 25% |
| Rehabilitación | 100% | 100% | 100% | 100% | MODERADO 83% ALTO 16 % |
| Atención Psicosocial | 100% | 100% | 100% | 100% | EXTREMO 33%MODERADO 66% |
| Gestión de Práctica Clínica | 100% | 100% | 100% | 100% | EXTREMO 25% ALTO 75% |
| Soporte Metabólico y Nutricional | 100% | 100% | 100% | 100% | ALTA 33% MODERADA 33% BAJA33% |
| Clínica De Piel, Heridas Y Ostomías | 100% | 100% | 100% | 100% | MODERADO 66% ALTO 33% |
| Monitoreo Hospitalario - Torre De Control | 100% | 100% | 100% | 100% | EXTREMA 33% ALTA 33% MODERADA 33% |
| Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral | 100% | 100% | 100% | 100% | EXTREMO 50% ALTA 33% MODERADA 16% |
| PROMEDIO | 100% | 100% | 100% | 100% | N/A |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: |
| | | Página 21 de 36 |

ANÁLISIS

La Gestión Clínica Multidisciplinaria del hospital regional de Duitama logro un 100% de cumplimiento, lo cual demuestra su buen desempeño, compromiso y mejora continua frente a la vigencia anterior, en cuanto a planes de mejoramiento e indicadores.

Para la matriz de riesgo con corte AMFE, se puede establecer que, para la gestión de la clínica multidisciplinaria, los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos en los subprocesos de apoyo:

- Enfermería tres riesgos extremos con seis controles.
- Rehabilitación tiene cinco riesgos moderados que cuentan con nueve controles, un riesgo alto con tres controles.
- Atención Psicosocial cuenta con dos riesgos definidos de clasificación moderado y 10 controles para su mitigación, un riesgo extremo que cuenta con un control.
- Gestión de Práctica Clínica tiene establecidos tres riesgos extremos con 13 controles y un riesgo alto con 5 controles.
- Soporte Metabólico y Nutricional se identificaron un riesgo alto con tres controles, un riesgo bajo con un control y un riesgo moderado con dos controles.
- Clínica De Piel, Heridas Y Ostomías esta área cuenta con dos riesgos moderados con nueve controles y un riesgo alto con seis controles.
- Monitoreo Hospitalario - Torre De Control tiene definido un riesgo extremo que cuenta con dos controles, un riesgo alto con tres controles y un riesgo moderado con tres controles.
- Institución Amiga de la Mujer y la Infancia Integral tiene identificados tres riesgos de categoría extrema con tres controles, dos riesgos altos con cinco controles y un riesgo moderado con tres controles.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO

Se recomienda crear más controles para mitigar los riesgos de categoría extrema sobre todo en Fallo en adherencia a los procedimientos y protocolos definidos en el actuar enfermero, se debe capacitar constantemente al personal de apoyo.

En rehabilitación es recomendable la verificación y seguimiento al Manual De Limpieza Y Desinfección para que se siga llevando una adecuada higiene de equipos de terapia respiratoria.


Es recomendable que se creen más controles para mitigar la posible fuga de pacientes psiquiátrico.

Es importante el debido diligenciamiento de las historias clínicas para lo cual el personal debe seguir procedimientos establecidos.

Se deben seguir los procesos y manuales aplicados a soporte metabólico y nutricional.

Se recomienda realizar seguimiento al formato lista de chequeo protocolo prevención UPP.

Riesgo de emergencia obstétrica por trastorno hipertensivo asociado al embarazo: Código de probabilidad alta al igual que Riesgo de emergencia obstétrica por hemorragia, se recomienda revisión del riesgo y sus controles ya que se tiene solo un control para cada riesgo.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: Página 22 de 36 |

GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA

| | |
|---------------------------------|------------------|
| AREA | NUMERO |
| Gestión En Salud Publica | HRD-PM-GSP-CP-01 |

| PROCESO | INDICADORES | PLANES DE MEJORA | PLAN DE ACCION | POA | MAPA RIESGO DE PROCESOS AMFE |
|--------------------------|-------------|------------------|----------------|-------------|------------------------------------|
| Gestión En Salud Publica | 100% | 100% | 100% | 100% | RIESGO MODERADA 85% EXTREMA 14% |
| PROMEDIO | 100% | 100% | 100% | 100% | |

ANÁLISIS

La Gestión En Salud Pública del hospital regional de Duitama logro un 100% de cumplimiento en planes de mejoramiento, indicadores, planes de acción y poa. Lo cual demuestra su buen desempeño, compromiso y mejora continua frente a la vigencia anterior.

Para la matriz de riesgo AMFE, se puede establecer que, para la gestión en salud pública, los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos en los subprocesos de apoyo:

Gestión en salud pública se identificaron 6 riesgos moderados que cuentan 12 controles y un riesgo extremo que cuenta con un control.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO


Se recomienda crear más controles en el riesgo identificado como "extremo" correspondiente a infecciones asociadas a la atención en salud, dado a que la probabilidad esta categorizada en alta.

Es necesario la capacitación y seguimiento al personal de Laboratorio en el manual para toma de muestras de Vigilancia en salud Pública.

GESTIÓN DE LA ATENCIÓN INMEDIATA

| | |
|--------------------------------|---------------------|
| AREA | NUMERO |
| Referencia Y Contra referencia | HRD-PM-GAI-RC-CP-01 |
| Urgencias | HRD-PM-GAI-UR-CP-01 |

| PROCESO | INDICADORES | PLANES DE MEJORA | PLAN DE ACCION | POA | MAPA RIESGO DE PROCESOS AMFE |
|--------------------------------|-------------|------------------|----------------|------|--------------------------------------|
| Referencia Y Contrarreferencia | 100% | 100% | 70% | 100% | MODERADO 60% ALTO 20% EXTREMO 20% |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: Página 23 de 36 |

| | | | | | |
|------------------|------|------|-----|------|-----------------------------|
| Urgencias | 100% | 100% | 70% | 100% | MODERADO 40% EXTREMO 60% |
| PROMEDIO | 100% | 100% | 70% | 100% | N/A |

ANÁLISIS

La Gestión De La Atención Inmediata del hospital regional de Duitama logro 100% de cumplimiento en planes de mejoramiento, Indicadores Y Poa, lo cual demuestra su buen desempeño, compromiso y mejora continua frente a la vigencia anterior.

Para la matriz de riesgo AMFE, se puede establecer que, para la gestión De La Atención Inmediata, los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos en los subprocesos de apoyo:

- Referencia y contrarreferencia se identificaron tres riesgos moderados que cuenta con 12 controles y un riesgo extremo con tres controles con probabilidad de ocurrencia baja, un riesgo alto un control y con probabilidad alta de ocurrencia.
- Urgencias tiene identificado tres riesgos extremos que cuenta con 9 controles con categorización alta y muy alta y dos riesgos moderados que cuentan con 5 controles y una categorización alta y muy alta.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO

Para el riesgo de Inoportunidad en la aceptación de usuarios remitidos a nuestra IPS, se deben de establecer más controles.

También se deben realizar seguimientos periódicos de los procesos, procedimientos y protocolos establecidos y se recomienda la creación de listas de chequeo para la verificación.


Se recomienda establecer estrategias de chequeo y seguimiento por parte de otros procesos internos, para mitigar el riesgo en la demora en gestión efectiva de trámites de remisión.

Para el área de urgencias se recomienda la capacitación y evaluación de conocimiento y adherencia a proceso de atención durante la Inducción realizada al personal médico para mitigar el riesgo "Error en la clasificación de Triage del paciente".

En cuanto al riesgo de "demora en la atención del paciente una vez clasificado el paciente en Triage III y Triage IV "se recomienda el seguimiento a los tiempos establecidos para la atención.

GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

| AREA | NUMERO |
|---------------------------------------|-----------------------|
| Servicio De Gestión Pre Transfusional | HRD-PM-GASLC-PT-CP-01 |
| Servicio De Laboratorio Clínico | HRD-PM-GASLC-LC-CP-01 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: |
| | | Página 24 de 36 |

| PROCESO | INDICADORES | PLANES DE MEJORA | PLAN DE ACCION | POA | MAPA RIESGO DE PROCESOS MAPA AMFE |
|---------------------------------------|-------------|------------------|----------------|------|-----------------------------------|
| Servicio De Gestión Pre Transfusional | 100% | 100% | 100% | 100% | EXTREMO 50% BAJA 50% |
| Servicio de Laboratorio clínico | 100% | 100% | 100% | 100% | EXTREMO 60% MODERADO 40% |
| PROMEDIO | 100% | 100% | 100% | 100% | N/A |

ANÁLISIS

La Gestión De La Atención En El Servicio De Laboratorio Clínico del hospital regional de Duitama logro un 100% de cumplimiento en lo relacionado con planes de mejoramiento, indicadores plan de acción y POA, lo cual demuestra su buen desempeño, compromiso y mejora continua frente a la vigencia anterior.

Para la matriz de riesgo AMFE, se puede establecer que para la gestión atención en el servicio de laboratorio, los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos en los subprocesos misionales:

- Servicio De Gestión Pre Transfusional se identificaron dos riesgos uno extremo con un control y un riesgo bajo con un control.
- Servicio de Laboratorio clínico tiene identificados tres riesgos extremos con cuatro controles de probabilidad alta y muy alta y dos riesgos moderados con dos controles y de probabilidad baja y moderada.


RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO

Es recomendable generar más controles para los riesgos identificados en el área de pre-transfusional y servicio de laboratorio sobre todo aquellos riesgos identificados como extremos y de probabilidad muy alta "Fallo en el funcionamiento de los equipos de laboratorio clínico o incapacidad de suplir la demanda por emergencia funcional", también se debe realizar un seguimiento continuo al plan de contingencia por emergencia funcional.

Se recomienda la evaluación y seguimiento continuo del Plan De Mantenimiento De Equipo Biomédico. Al igual que del Plan De Contingencia Por Emergencia Funcional.

GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS

| AREA | NUMERO |
|-----------------------------------|-----------------------|
| Servicio de Imágenes Diagnosticas | HRD-PM-GASID-ID-CP-01 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: Página 25 de 36 |

| PROCESO | INDICADORES | PLANES DE MEJORA | PLAN DE ACCIÓN | POA | MAPA RIESGO DE PROCESOS AMFE |
|-----------------------------------|-------------|------------------|----------------|------|---------------------------------------------------------|
| Servicio de Imágenes Diagnosticas | 100% | 100% | 100% | 100% | RIESGO EXTREMO 40% ALTO 14% MODERADO 28% BAJA 14% |
| PROMEDIO | 100% | 100% | 100% | 100% | |

ANÁLISIS

La Gestión De La Atención En El Servicio De Imágenes Diagnosticas del hospital regional de Duitama logro un 100% de cumplimiento en planes de mejoramiento, indicadores, plan de acción y Poa, lo cual demuestra su buen desempeño, compromiso y mejora continua frente a la vigencia anterior.

Para la matriz de riesgo AMFE se puede establecer que para la gestión De La Atención En El Servicio De Imágenes Diagnostica, los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos en los Subproceso Misional

Servicio De Imágenes Diagnosticas se identificaron tres riesgos extremos de probabilidad baja alta y moderada, que cuenta con 8 controles, dos riesgos moderados con probabilidad moderada y tres controles, un riesgo bajo con probabilidad baja y un control.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO


Se recomienda para el riesgo "Fallo en el funcionamiento de los equipos de apoyo diagnóstico o incapacidad de suplir la demanda por emergencia funcional" la revisión del plan de contingencia y el mantenimiento continuo de los equipos de apoyo diagnóstico.

Se recomienda generación de más controles sobre todo para los riesgos extremos "Fallo en el funcionamiento de los equipos de apoyo diagnóstico o incapacidad de suplir la demanda por emergencia funcional" Y "Fallos en la comunicación ante la identificación de reportes críticos en imágenes diagnósticas".

GESTIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO FARMACÉUTICO

| AREA | NUMERO |
|----------------------------------------------------|-------------------|
| Gestión de la Atención en el Servicio Farmacéutico | HRD-PM-GASF-CP-01 |

| PROCESO | INDICADORES | PLANES DE MEJORA | PLAN DE ACCIÓN | POA | MAPA RIESGO DE PROCESOS AMFE |
|---------------------------|-------------|------------------|----------------|-----|--------------------------------------|
| Gestión de la Atención en | 100% | 100% | 98% | 98% | 50% EXTREMO MODERADO 25% ALTA 25% |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: Página 26 de 36 |

| | | | | | |
|--------------------------|------|------|-----|-----|-----|
| el servicio farmacéutico | | | | | |
| PROMEDIO | 100% | 100% | 98% | 98% | N/A |

ANÁLISIS

La Gestión de la Atención en el Servicio Farmacéutico del hospital regional de Duitama logro un 100% En Plan De Mejoramiento, indicadores y de un 98% en planes de acción y POA, lo cual demuestra su buen desempeño, compromiso y mejora continua frente a la vigencia anterior.

Para la matriz de riesgo AMFE, se puede establecer que, para la gestión De Atención En El Servicio Farmacéutico, los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos el subproceso Misional:

- Servicio De la Gestión de la Atención en el Servicio Farmacéutico se identificaron dos riesgos extremos con probabilidad baja y moderada que cuenta con 5 controles, riesgo moderado probabilidad baja y 2 controles, riesgo alto probabilidad alta y tres controles.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO

Se recomienda la capacitación al personal de apoyo farmacéutico, así como también revisión continua del inventario de medicamentos llevando un control estricto de la lista de chequeo buena práctica para mejorar la seguridad en el uso de medicamentos.


Realizar la aplicación y seguimiento al procedimiento almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos.

GESTIÓN DE LA RELACIÓN DOCENCIA SERVICIO

| AREA | NUMERO |
|-------------------------------------|-------------------|
| Gestión en la docencia del servicio | HRD-PM-GRDS-CP-01 |

| PROCESO | INDICADORES | PLANES DE MEJORA | PLAN DE ACCIÓN | POA | ZONA DE RIESGO AMFE |
|-------------------------------------|-------------|------------------|----------------|------|---------------------|
| Gestión en la docencia del servicio | 100% | 100% | 100% | 100% | RIESGO BAJO 100% |
| PROMEDIO | 100% | 100% | 100% | 100% | N/A |

DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: |
| | | Página 27 de 36 |

| AREA | NUMERO |
|------------------------------------------------------|---------------------|
| Direccionamiento y Gerencia | HRD-PE-DG-CP-01 |
| Humanización y experiencia del usuario | HRD-PE-DG-H-CP-01 |
| Gestión del Conocimiento, Investigación e Innovación | HRD-PE-DG-CII-CP-01 |

| PROCESO | INDICADORES | PLANES DE MEJORA | PLAN DE ACCIÓN | POA | MATRIZ DE RIESGO DAFP |
|------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------|-----------------------|------------|------------------------------|
| Direccionamiento y Gerencia | 100% | 100% | 100% | 97% | RIESGOS MODERADOS 100% |
| Humanización y experiencia del usuario | 100% | 100% | 100% | 100% | RIESGO ALTO 100% |
| Gestión del Conocimiento, Investigación e Innovación | 100% | 100% | 100% | 100% | NO TIENE |
| PROMEDIO | 100% | 100% | 100% | 100% | |

ANÁLISIS

La Gestión Direccionamiento y Gerencia del Hospital Regional de Duitama logro un 100% de indicadores, de planes de mejoramiento, plan de acción de cumplimiento, lo cual demuestra su buen desempeño, compromiso y mejora continua frente a la vigencia anterior.

Para la matriz de riesgo DAFP se puede establecer que para la gestión Direccionamiento Y Gerencia del hospital regional de Duitama, los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos en los subprocesos.


- Direccionamiento y Gerencia tiene identificados tres riesgos moderados de probabilidad baja que cuenta 4 controles.
- Humanización y experiencia del usuario se identificaron dos riesgos altos de probabilidad alta y media que cuenta con 2 controles.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO

Se recomienda seguir con la rendición de cuentas de forma efectiva como se ha venido realizando para evitar la Posibilidad de afectación de la imagen institucional por omisión o desconocimiento de los derechos de participación de la ciudadanía en la gestión a través del ejercicio de rendición de cuentas.

Es importante llevar a cabo el programa de humanización con un seguimiento al mismo.

Se recomienda seguir con las capacitaciones al personal de apoyo en todos los temas relacionados con las comunicaciones internas y externas evitando así posibles errores en la prestación del servicio.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: |
| | | Página 28 de 36 |

El desempeño del hospital regional de Duitama se encuentra en niveles óptimos de gestión se debe seguir con las buenas prácticas desde gerencia.

PLANEACIÓN INSTITUCIONAL

| AREA | NUMERO |
|--------------------------|-----------------|
| Planeación Institucional | HRD-PE-PI-CP-01 |

| PROCESO | INDICADORES | PLANES DE MEJORA | PLAN DE ACCIÓN | POA | MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN |
|--------------------------|-------------|------------------|----------------|------|-------------------------------|
| Planeación Institucional | 100% | 100% | 100% | 100% | RIESGOS MODERADOS 75% |
| PROMEDIO | 100% | 100% | 100% | 100% | |

ANÁLISIS

La Gestión de Planeación Institucional Del Servicio Del Hospital Regional De Duitama logro un 100% de cumplimiento, en cuanto indicadores, planes de mejoramiento, lo cual demuestra su buen desempeño, compromiso y mejora continua frente a la vigencia anterior.

Para la matriz de riesgo DAFP, se puede establecer que la planeación institucional, los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos en los subprocesos de misional:


Gestión de la docencia del servicio que tiene identificado un riesgo de probabilidad baja que cuenta con dos controles.

RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO

Se recomienda que si bien el riesgo "Error en la delegación progresiva de actividades al estudiante", es preventivo. Se debe realizar el seguimiento y aplicación de la Resolución No 106 del 31 de mayo de 2022, por medio de la cual se adopta el reglamento estudiantil y llevar a cabo la planeación de sus Anexos técnicos de convenios Docencia servicio.

GESTIÓN DE CALIDAD

| AREA | NUMERO |
|------------------------|----------------------|
| Gestión de la Calidad | HRD-PE-PC-CP-01 |
| Seguridad del Paciente | HRD-PE-PC-SEGP-CP-01 |


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: |
| | | Página 29 de 36 |

| PROCESO | INDICADORES | PLANES DE MEJORA | PLAN DE ACCIÓN | POA | MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN |
|------------------------|-------------|------------------|----------------|------|-----------------------------------|
| Gestión de Calidad | 100% | 100% | 100% | 100% | RIESGOS ALTO 66% MODERADOS 33% |
| Seguridad del Paciente | 100% | 100% | 100% | 100% | MODERADO 33% Y ALTO 66% |
| PROMEDIO | 100% | 100% | 100% | 100% | |


| ANÁLISIS |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>La Gestión de Calidad del hospital regional de Duitama logro un 100% de cumplimiento en lo relacionado con planes de mejoramiento, indicadores y Poa, lo cual demuestra su buen desempeño, compromiso y mejora continua frente a la vigencia anterior.</p> <p>Para la matriz de riesgo DAFP se puede establecer que, para la gestión de calidad, los controles establecidos para los riesgos identificados fueron efectivos en los subprocesos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestión de la Calidad se identificaron dos riesgos altos con probabilidad baja y muy alta que cuenta con tres controles. • Seguridad del Paciente Identificados Dos Riesgos Altos Con cuatro Controles Y Una Probabilidad Media Y Baja y un riesgo moderado con un control y una probabilidad muy baja. |
| RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO |
| <p>Se recomienda la capacitación y seguimiento del personal de apoyo en cuanto de los criterios aplicables a los servicios habilitados, para lograr el cumplimiento de criterios establecidos en los estándares mínimos para la prestación del servicio en salud.</p> <p>También se recomienda el seguimiento continuo y evidenciable al Sistema de Información para la Calidad en Salud.</p> <p>Es importante realizar el seguimiento a la implementación de una metodología de análisis de eventos en seguridad avalada por Minsalud.</p> |

CONCLUSIONES

- Es necesario que en la plataforma Almera se encuentre cargado los planes de mejoramiento y toda la documentación necesaria para un sistema de calidad organizado y completo.
- Es necesario una articulación entre el sistema documental y la plataforma Almera.
- En cuanto a la gestión de riesgo, se evalúa de acuerdo con la identificación de la plataforma Almera. Y se reporta una identificación de 16 riesgos de corrupción en la plataforma Almera.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: |
| | | Página 30 de 36 |

| UNIDAD DE RIESGO | RIESGO | NIVEL | CONTROLES |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|
| Administración del Talento Humano | Posibilidad de omisión en la validación de requisitos de información en hojas de vida para beneficio de particulares o terceros | Moderado | 1 |
| Atención al usuario | Posibilidad de omisión o desviación de trámite de PQRSDF por la manipulación de la información recibida para favorecer a un tercero debido a ofrecimiento de dadas | Moderado | 1 |
| Consulta Externa Especializada | Posibilidad de afectación de la imagen institucional por favorecer a particulares en el proceso de asignación de citas | Moderado | 1 |
| Contratación | Posibilidad de afectación al patrimonio de la ESE por ejecución inadecuada de contratos por favorecimiento de particulares | Moderado | 1 |
| Defensa Jurídica | Posibilidad de afectación al patrimonio de la ESE debido a la pérdida de un proceso en contra de la ESE por desviación de la defensa jurídica para beneficio propio o de un tercero. | Extremo | 2 |
| Direccionamiento y Gerencia | Posibilidad de pérdidas económicas o reputacional por la inversión de recursos fundamentada en clientelismo y/o compromisos políticos | Moderado | 2 |
| Gestión de Cartera | Posibilidad de pérdidas económicas por la omisión de los procesos y soportes contables necesarios para dar cumplimiento a las conciliaciones de cartera con las diferentes EAPB y así favorecer a las entidades responsables de pago a cambio de dádivas. | Moderado | 1 |
| Gestión de Comunicaciones | Posibilidad de afectación de imagen institucional por uso indebido de los canales de comunicación propios para favorecer terceros o particulares | Moderado | 1 |
| Gestión de Contabilidad | Posibilidad de apertura de investigaciones fiscales por registro de valores contables inconsistentes debido al favorecimiento de intereses particulares | Alto | 1 |
| Gestión de Facturación y mercadeo | Probabilidad de pérdidas económicas debido al no reconocimiento de parte de la entidad responsable de pago de los valores no descontados en las facturas electrónicas de servicios de salud por | Moderado | 1 |


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: |
| | | Página 31 de 36 |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---|
| | concepto de copagos y cuotas moderadoras por la omisión de la generación del recibo de caja del valor recaudado a los usuarios. | | |
| Gestión de la Adquisición de Bienes y Activos Fijos Servicios | Posibilidad de pérdida, daño o deterioro de los materiales y suministros, por inadecuada planeación en la adquisición de materiales y suministros, y por infraestructura inadecuada para la custodia y resguardo. | Extremo | 2 |
| Gestión de la Adquisición de Bienes y Activos Fijos Servicios | Posibilidad de recibir y/o solicitar dádivas para ingresar materiales o suministros que no cumplen las especificaciones o cantidades contratadas, favoreciendo a terceros, por presiones internas o externas. | Extremo | 2 |
| Gestión de la Atención en el Servicio Farmacéutico | Posibilidad de detrimento patrimonial por mala administración del inventario institucional de medicamentos o dispositivos médicos para uso particular | Moderado | 1 |
| Gestión de Tesorería | Posibilidad de pérdida de dineros y títulos valores en custodia de los responsables del manejo de recursos de caja menor, cajas auxiliares (Cajas de facturación) y Caja General, por inoportunidad de arqueos de caja, o por inseguridad con el manejo de los recursos. | Extremo | 4 |
| Planeación Institucional | Posibilidad de Investigaciones a la institución por omisión o alteración de información pública entregada a sus grupos de valor | Moderado | 1 |
| Tecnologías de la información | Posibilidad de alteración de información sensible debido a la manipulación de los sistemas de información por intereses de terceros o particulares | Moderado | 2 |
| Administración del Talento Humano | Posibilidad de omisión en la validación de requisitos de información en hojas de vida para beneficio de particulares o terceros | Moderado | 1 |


RIESGOS OPERATIVOS

Procesos Estratégicos Y De Direccionamiento.

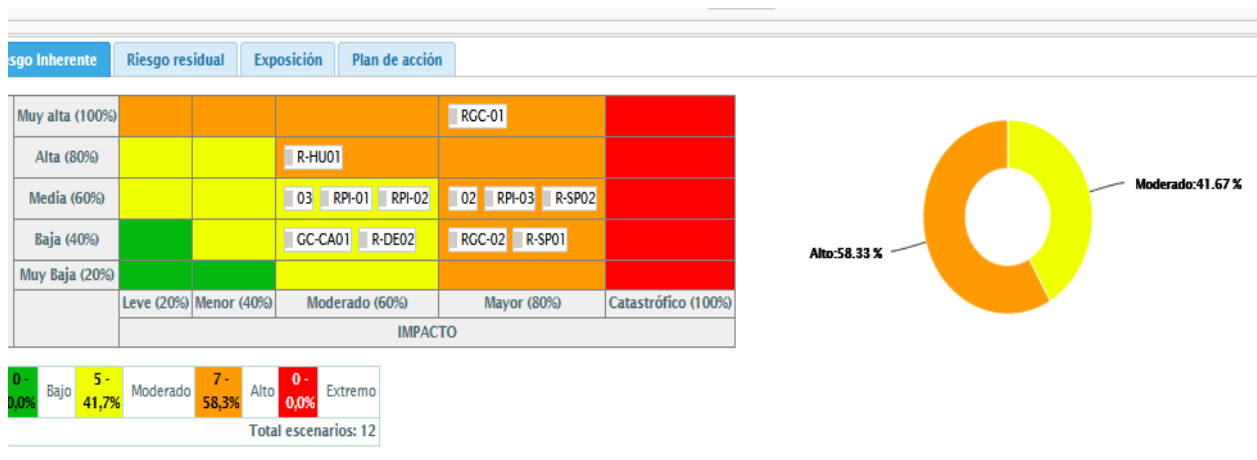
| PROCESO | RIESGO | NIVEL | CONTROLES |
|---------|--------|-------|-----------|
|---------|--------|-------|-----------|

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: |
| | | Página 32 de 36 |

| | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---|
| Direccionamiento y Gerencia | Posibilidad de desviación y/o omisión de los compromisos adquiridos por la alta dirección mediante la no formulación y adopción de políticas institucionales | Moderado | 1 |
| Direccionamiento y Gerencia | Posibilidad de afectación de la imagen institucional por omisión o desconocimiento de los derechos de participación de la ciudadanía en la gestión a través del ejercicio de rendición de cuentas | Moderado | 1 |
| Direccionamiento y Gerencia | Posibilidad de afectación de la productividad e insatisfacción del cliente interno debido a malas prácticas en la comunicación que desarrollen fallas dentro de los servicios y procesos institucionales. | Alto | 1 |
| Direccionamiento y Gerencia | Posibilidad de afectación a la reputación institucional por insatisfacción de usuarios y familiares debido a malas experiencias debido a fallas dentro de los servicios | Alto | 3 |
| Gestión de Calidad | Posibilidad de afectación de la imagen institucional por detención del proceso de mejoramiento continuo | Moderado | 1 |
| Gestión de Calidad | Posibilidad de Cierre de servicios debido al Incumplimiento de criterios establecidos en los estándares mínimos para la prestación del servicio en salud, debido al Desconocimiento u omisión de los criterios aplicables a los servicios habilitados. | Alto | 1 |
| Gestión de Calidad | Posibilidad de pérdida de credibilidad por parte de los grupos de valor, por afectación de los atributos de calidad del servicio debido a la falta de seguimiento al Sistema de Información para la Calidad en Salud | Alto | 1 |
| Gestión de Calidad | Posibilidad de generación de demandas u otros procesos legales en contra de la ESE por ocurrencia de eventos adversos o incidentes en los procesos de atención a usuarios debido a la mínima adherencia a las buenas prácticas seguras aplicables. | Alto | 1 |
| Gestión de Calidad | Posibilidad de afectación de la imagen institucional por recurrencia de eventos adversos debido a las fallas en gestión de eventos de seguridad del paciente y definición de acciones de mejora pertinentes. | Alto | 1 |
| Planeación Institucional | Posibilidad de aprobación de metas programáticas en Planes Estratégicos, Programas o Proyectos fuera del alcance institucional | Moderado | 1 |


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: Página 33 de 36 |

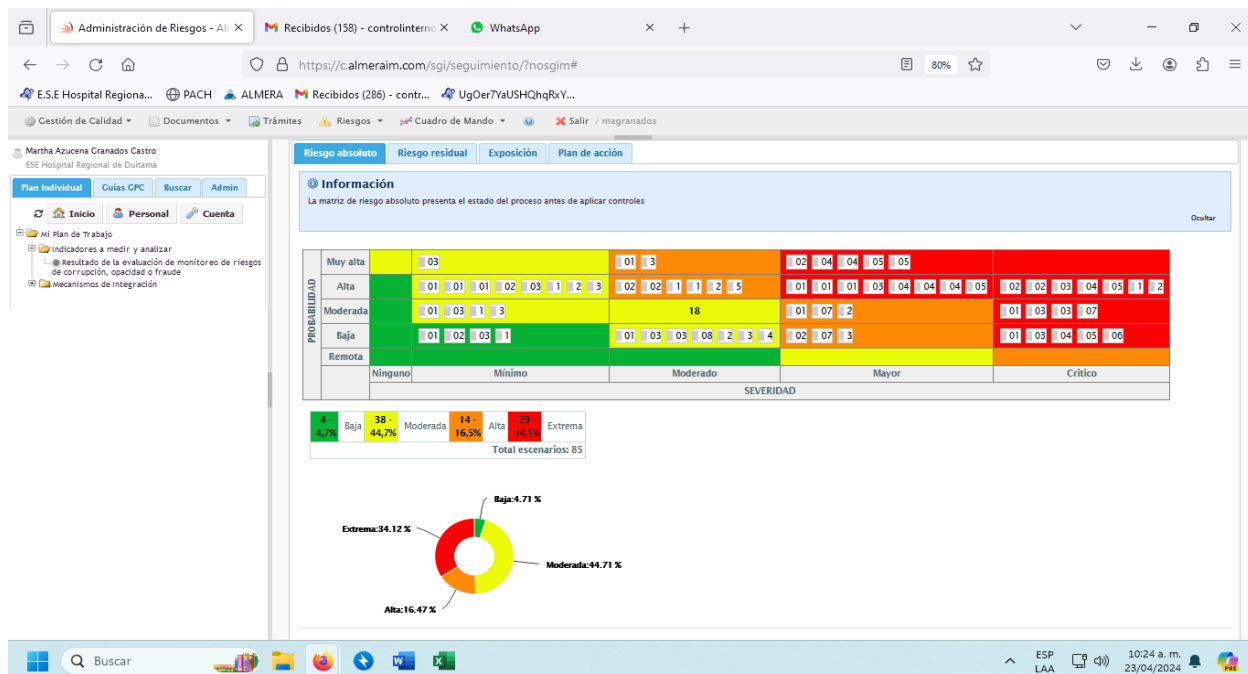
| | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---|
| Planeación Institucional | Posibilidad de afectación económica por incumplimiento a términos de reporte de informes externos debido a desconocimiento y/o descuido de exigencias normativas. | Moderado | 1 |
| Planeación Institucional | Posibilidad de apertura de procesos sancionatorios en contra por la falta de superación de hallazgos relacionados con auditorías internas o externas debido a la omisión o descuido del plan de mejoramiento institucional. | Alto | 2 |



- La presente información es tomada de la plataforma Almera con fecha 23 de abril de 2024, donde se identifican 12 riesgos, que cuentan con 16 controles que contribuyen a la mitigación de estos, los cuales han sido efectivos.
- Es importante revisar los controles establecidos a los riesgos encontrados en las áreas administrativas y aumentar dichos controles.


Procesos Misionales

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: |
| | | Página 34 de 36 |



- Los riesgos de los procesos misionales con corte a 23 de abril de 2024 corresponden a 85 riesgos identificados que cuentan con 233 controles, con su respectivo seguimiento donde se evidencia que han sido efectivos y que muestran un avance importante en materia documental, lo cual evidencia fortaleza en el avance a la certificación de calidad.
- En cuanto al avance de implementación del nuevo mapa de procesos del hospital regional de Duitama se evidencia del 91% en la elaboración de documentos encontrándose en rezago los siguientes procesos.
- Se recomienda trabajar en el avance de los documentos requeridos para las siguientes áreas.

| PROCESO | SUB-PROCESO | CARACTERIZACION | AVANCE DOCUMENTAL |
|------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------|-------------------|
| Direccionamiento Y Gerencia | Gestión De La Innovación Del Conocimiento | 100% | 0% |
| Gestión Clínica Multidisciplinaria | Gestión De Práctica Clínica Medica | 100% | 98% |
| Gestión atención hospitalaria | Cuidado Critico Neonatal | 100% | 50% |


| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: Página 35 de 36 |

| | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|------|-----|
| Gestión De La Atención Quirúrgica | Hemodinamia | 100% | 50% |
| Gestión Jurídica Y Contractual | Contratación | 100% | 71% |
| | Defensa Jurídica | 100% | 29% |
| Gestión De La Información | Tecnología De La Información | 100% | 88% |
| Gestión De Recursos Físicos | Gestión Ambiental | 100% | 44% |
| Gestión Financiera | Gestión De Mercadeo | 100% | 75% |
| Evaluación Y Control De La Evaluación | Evaluación Y Control De La Gestión | 100% | 20% |

- En cuanto al proceso de evaluación y control de la gestión, se está trabajando sobre el manual y procedimiento de las auditorías internas, se cuenta con un borrador para ser revisado en una mesa de trabajo.

ANEXOS

Las evidencias se encuentran en la plataforma Almera.

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  | HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA | Código: |
| | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE CALIDAD | Versión: |
| | INFORME POR DEPENDENCIAS | Fecha: Página 36 de 36 |

| Control de Cambios | | | |
|---------------------------|--------------|----------------|-------------------------------|
| Versión | Fecha | Elaboro | Descripción del Cambio |
| | | | |

| Revisión y Aprobación | | |
|----------------------------------|----------------------|---------------|
| Elaborado/Modificado por: | Cargo: | Fecha: |
| Adolfo Merchán Rincón | Profesional de apoyo | 15/02/2022 |
| Revisado por: | Cargo: | Fecha: |
| | | |
| Aprobado por: | Cargo: | Fecha: |
| | | |