

PROCESO	No	TIPO DE RIESGO	IDENTIFICACION DEL RIESGO					VALORACION DEL RIESGO												
			Nombre del Riesgo	Impacto ¿Que?	Causa inmediata ¿Como?	Causa Raiz ¿Por qué ?	Descripción del riesgo	Análisis del riesgo			Análisis y evaluación de los controles		Nivel de riesgo (riesgo residual)			Tratamiento				
								Probabilidad inherente %	Impacto inherente %	Zona de riesgo inherente	Descripción del control	Afectación	Probabilidad residual %	Impacto residual %	Zona de riesgo final	Tratamiento	Descripción de las acciones	Responsable	Fecha de implementación	
GESTION DE CALIDAD	1	ADMINISTRATIVO	Insatisfacción de los grupos de interés	Afectación reputacional y económica	Insatisfacción de los grupos de interés	1. Inadecuado control de la salida no conforme	Posibilidad de afectación reputacional y económica por insatisfacción de los grupos de interés debido al inadecuado control de la salida no conforme	60% Media	80% MAYOR	ALTO	Control 1: El líder de seguridad del paciente - realiza identificación, análisis, seguimiento y control de eventos clínicos reportados a través de la plataforma YO REPORTO (Causa 1)	Impacto	15% MUY BAJA	45% MODERADO	MODERADO	MITIGAR EL RIESGO 1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen en caso de materialización del riesgo, toda vez que la probabilidad de ocurrencia es muy baja de acuerdo a los controles preventivos aplicados en la Entidad)	Líder Proceso Oficina Control Interno	Semestralmente	Actas e informes	
											Control 2: El profesional SIAU, y Directores Operativos realiza consolidación, análisis y respuesta a las quejas, a través de comunicaciones oficiales y emisión de informe trimestral. (Causa 1)	Impacto								
											Control 3: El personal asistencial aplica las barreras de seguridad descritas en el Programa de Seguridad del Paciente (guías de práctica segura, vigilancias, guías de práctica clínica, etc). (Causa 1)	Probabilidad								
											Control 4: El equipo de seguridad del paciente y equipo de auditoría para el mejoramiento de la calidad, realiza rondas de seguridad, auditoría mediante metodología de paciente trazador, concurrencia, registros clínicos, búsqueda activa.	Probabilidad								
											Control 5: El líder de seguridad del paciente realiza despliegue y evaluación del conocimiento de las estrategias contenidas en el programa de seguridad del paciente, a través del Plan institucional de capacitación y sesiones rápidas de seguridad del paciente. (Causa 1)	Probabilidad								
GESTION DE CALIDAD	2	ADMINISTRATIVO	Incumplimiento y retraso en la planificación y ejecución de auditorías	Afectación reputacional	Incumplimiento y retraso en la planificación y ejecución de auditorías	1. Incumplimiento del programa anual de auditoría. 2. Retrasos en la ejecución de auditorías.	Posibilidad de afectación reputacional por incumplimiento y retraso en la planificación y ejecución de auditorías, debido a: incumplimiento del programa anual de auditoría y/o retrasos en el desarrollo de la auditoría.	60% MEDIA	60% MODERADO	MODERADO	Control 1: El auditor líder, realiza la planeación de las auditorías a través del programa anual de auditoría aprobado por la Gerencia. (causa 2)	Probabilidad	25% BAJA	60% MODERADO	MODERADO	ACEPTAR EL RIESGO 1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen en caso de materialización del riesgo, toda vez que la probabilidad de ocurrencia es muy baja de acuerdo a los controles preventivos aplicados en la Entidad)	Líder Proceso Oficina Control Interno	Semestralmente	Actas e informes	
											Control 2: El profesional especializado área de la salud- auditoría, realiza la medición trimestral del indicador de porcentaje de cumplimiento del programa de auditoría a través del reporte en la plataforma INFOMEDIC (causa 1)	Probabilidad								

PROCESO	No	TIPO DE RIESGO	IDENTIFICACION DEL RIESGO						VALORACION DEL RIESGO											
			Nombre del Riesgo	Impacto ¿Que?	Causa inmediata ¿Como?	Causa Raiz ¿Por qué?	Descripción del riesgo	Análisis del riesgo			Análisis y evaluación de los controles		Nivel de riesgo (riesgo residual)			Tratamiento				
								Probabilidad inherente %	Impacto inherente %	Zona de riesgo inherente	Descripción del control	Afectación	Probabilidad residual %	Impacto residual %	Zona de riesgo final	Tratamiento	Descripción de las acciones	Responsable	Fecha de implementación	
GESTION DE CALIDAD	3	ADMINISTRATIVO	Informes de auditoria errados o sesgados	Afectacion reputacional	Informes de auditoria errados o sesgados	1. Auditor sin la competencia necesaria 2. Redacción no clara de hallazgos de auditoria 3. No objetividad por parte del auditor	Posibilidad de afectación reputacional, por informes de auditoria errados o sesgados debido a que el auditor no cuenta con la competencia necesaria, redacción no clara de hallazgos de auditoria, no objetividad por parte del auditor	60% MEDIA	60% MODERADO	MODERADO	Control 1: El lider de la auditoria, determina el objetivo, alcance y criterios de auditoria, de acuerdo a la guia de auditoria para el mejoramiento de la calidad (causas 1 y 3)	Probabilidad	22% BAJA	45% MODERADO	MODERADO	ACEPTAR EL RIESGO (El riesgo se encuentra en un nivel que puede asumir el mismo, conociendo los efectos de su posible materialización sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen)	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno	Líder del proceso Oficina Control Interno	Semestralmente	Actas e informes
											Control 2: El profesional especializado area de la salud- auditoria asigna al equipo auditor de acuerdo al perfil y competencia teniendo en cuenta la guia de auditoria para el mejoramiento de la calidad (causa 1)	Probabilidad								
											Control 3: El profesional especializado area de la salud- auditoria y el auditado, realizan la evaluación de la ejecución de la auditoria a través del formato de evaluación de auditores (causa 2 y 3)	Impacto								
GESTION DE CALIDAD	4	ADMINISTRATIVO	Inadecuado seguimiento a PAMEC	Afectacion reputacional	Inadecuado seguimiento a PAMEC	1. Incumplimiento a cronograma de reuniones de equipos de autoevaluacion de estandares de acreditacion	Posibilidad de afectacion reputacional por inadecuado seguimiento a PAMEC, debido a Incumplimiento a cronograma de reuniones de equipos de autoevaluacion de estandares de acreditacion	80% ALTA	80% MAYOR	ALTO	1. El profesional especializado área de la salud, planea el seguimiento al PAMEC a través del programa anual de auditorias (Ataca causa raíz No. 1)	Probabilidad	20% MUY BAJA	80% MAYOR	ALTO	MITIGAR EL RIESGO (Tomar correctivos en caso de materialización del riesgo, toda vez que la probabilidad de ocurrencia es muy baja de acuerdo a los controles preventivos aplicados en la Entidad)	1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno	Líder del proceso Oficina Control Interno	Semestralmente	Actas e informes
											2.Los equipos de autoevaluación mensualmente, realizan el monitoreo al cumplimiento de las acciones propuestas en el PAMEC, registrando actas. (Ataca causa raíz No. 1)	Probabilidad								
											3. El equipo de auditoria, realiza seguimiento semestral al cumplimiento de las acciones propuestas en el PAMEC, consolidado los resultados en informes. (Ataca causa raíz No. 1)	Probabilidad								
			Referencias que no generan resultados de practicas y experiencias exitosas	Afectación económica	Referencias que no generan resultados de practicas y experiencias exitosas	1. Inadecuada planificación de la referenciación y plan de mejora de la referenciación por parte de los responsables. 2. No entrega del informe y resultados de practicas y experiencias exitosas	Posibilidad de afectación económica y reputacional, por referencias que no generan resultados de practicas y experiencias exitosas, debido a: inadecuada planificación de la referenciación, no entrega del informe y plan de mejora de la referenciación por parte de los responsables.				Control 1: El equipo de calidad consolida, analiza y prioriza la referencias a desarrollarse durante la vigencia derivadas de diferentes fuentes de acuerdo al procedimiento de referenciación GC-PD 50 (causa 1)	Probabilidad			ALTO	ACEPTAR EL RIESGO (El riesgo se encuentra en un nivel que puede asumir el mismo, conociendo los efectos de su posible materialización sin necesidad de tomar otras medidas de	1.Realizar medición del indicador de efectividad en las referencias	Profesional calidad	2025	Reporte infomedia

PROCESO	No	TIPO DE RIESGO	IDENTIFICACION DEL RIESGO					VALORACION DEL RIESGO														
			Nombre del Riesgo	Impacto ¿Que?	Causa inmediata ¿Como?	Causa Raiz ¿Por qué ?	Descripción del riesgo	Análisis del riesgo			Análisis y evaluación de los controles		Nivel de riesgo (riesgo residual)			Tratamiento						
								Probabilidad inherente %	Impacto inherente %	Zona de riesgo inherente	Descripción del control	Afectación	Probabilidad residual %	Impacto residual %	Zona de riesgo final	Tratamiento	Descripción de las acciones	Responsable	Fecha de implementación		Medio de evidencia	
GESTION DE CALIDAD	5	ADMINISTRATIVO						60% MEDIA	80% MODERADO	MODERADO	Control 2: El equipo de calidad, realiza informe anual de resultados de referenciación el cual es presentado en revisión por la Dirección al equipo directivo. (causa 2)	Probabilidad	15% MUY BAJA	60% MODERADO	MODERADO	control diferentes a las que se poseen)						
											Control 3: El equipo de calidad realiza monitoreo mensual a la gestión de las referenciaciones (GC-PSR 306 matriz de priorización y seguimiento de necesidades de referenciación) (causa 2)	Probabilidad			2. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno	Líder del proceso Oficina Control Interno	Semestralmente	Actas e informes				
GESTION DE CALIDAD	6	ADMINISTRATIVO	Debilidad en la formulación de planes de mejora frente hallazgos de auditorias	Afectación reputacional	Debilidad en la formulación de planes de mejora frente hallazgos de auditorias	1. Analisis causal no pertinente. 2.No consolidación de la totalidad de hallazgos de auditorias, derivados de las fuentes de mejoramiento 3. Personal que carece de habilidad y destreza para la realización del analisis causal y plan de mejora.	Posibilidad de afectación reputacional, por debilidad en la formulación de planes de mejora frente hallazgos de auditorias, debido a: analisis causal no pertinente, no consolidación de la totalidad de hallazgos de auditorias, derivados de las fuentes de mejoramiento, personal que carece de habilidad y destreza para la realización del analisis causal y plan de mejora.	60% MEDIA	80% MAYOR	ALTO	Control 1: El equipo de calidad realiza capacitación y evaluación de manera periódica en la metodología de analisis causal. (causa 1 y 3)	Probabilidad	22% BAJA	80% MAYOR	ALTO	MITIGAR RIESGO (Tomar correctivos en caso de materialización del riesgo, toda vez que la probabilidad de ocurrencia es baja de acuerdo a los controles preventivos aplicados en la Entidad)	EL 1. Realizar monitoreo y seguimiento a los controles para que se apliquen continuamente, presentando informe al comité coordinador de control interno	Líder del proceso Oficina Control Interno	Semestralmente	Actas e informes		

APROBACION LIDER DEL PROCESO			REVISION JEFE OFICINA CONTROL INTERNO	
NOMBRE	CARGO	FIRMA	NOMBRE	FIRMA
EDWIN BASTIDAS	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD	(Aprobado mediante acta No 4 del 14 de agosto comité corrdinador de control interno)	JAIME ALBERTO SANTACRUZ S.	