



SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS - 2018

<b>Entidad:</b>	E.S.E HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL
<b>Vigencia:</b>	2019
<b>Objetivo:</b>	Medir el grado de cumplimiento de las acciones y controles establecidas en el Mapa de Riesgos, para atenuar o minimizar la ocurrencia de los riesgos Institucionales, como resultado de esta evaluación generar las recomendaciones respectivas para el mejoramiento y ajuste de este importante instrumento regulador de la administracion de los riesgos
<b>Fecha de Seguimiento:</b>	ENERO - ABRIL DE 2019

PROCESO	RIESGO	CONTROL EXISTENTE	ACCIONES TOMAS	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	RESPONSABLE POR LINEAS DE MIPG	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
						I	II	III	
DESARROLLO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	Perdida de documentacion de la hoja de vida	se cuenta con extintor dentro del área. Las hojas de vida se encuentran en estanterias adecuadas. Documentos debidamente foliados	Disponer de la informacion escaneada. Conservar la informacion en medio magnetico		Primera Linea (Subgerente Administrativo y Financiero)	0%			A la fecha no se han escaneado las hojas de vida de los funcionarios de planta, por lo tanto no se conservan en medio magnetico.
DESARROLLO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	No contar con personal idoneo para el cargo profesional	Revision de hojas de vida y solicitud certificacion institucion educativa	Solicitud certificacion institucion educativa para todo el personal independiente de su modo de contratacion	De 125 funcionarios: 31 de planta y 94 contratistas con que cuenta el hospital a abril de 2019 solo se ha realizado la verificación de titulos a 28 funcionarios, lo que equivale al 22.4%	Primera Linea (Subgerente Administrativo y financiero)	22%			
COOPERACION	Débil control en la administración de las donaciones	Registros diarios de productos donados	Actualizacion de procedimiento de donaciones		Primera Linea (Subgerente Administrativo y financiero)	0%			
DESARROLLO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	Riesgo por hurto	Elaboración del plan y asignación responsable de la información	Implementación del plan para el cumplimiento de la estrategia GEL	Se tiene elaborado el plan de la Estrategia Gel.	Primera Linea (Subgerente Administrativo)	40%			Aunque se cuenta con un plan para la estrategia GEL, este no se ha implementado.
ATENCION ASISTENCIAL	caida de pacientes	Se cuenta con un programa de caidas, pisos antideslizantes en algunas areas, barras en los baños	Analisis de caidas en comité de seguridad del paciente con intervencion terapeutica. Adecuaciones fisicas y de infraestructura	Se llevado a cabo reuniones de comité de seguridad del paciente para tratar asuntos relevantes de este tema como consta en las actas suscritas en los meses de marzo, abril y mayo. Como mejoramiento en infraestructura se instalaron pasamanos por todos los pasillos por donde se desplazan los adultos mayores, igualmente se aplaron los pasillos del área de hospitalización, consultorios medicos y ododontologicos y el cuidados cronicos.	Segunda Linea (Referente Seguridad del Paciente y Enfermera).	70%			No se evidencian las actas de comité de seguridad del paciente d ellos meses de enero y febrero de 2019.

PROCESO	RIESGO	CONTROL EXISTENTE	ACCIONES TOMAS	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	RESPONSABLE POR LINEAS DE MIGP	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
						I	II	III	
ATENCION AL USUARIO	Fuga de usuarios	Carnetizacion de usuarios	Cumplimiento de guia para prevencion de fuga. Utilizacion de formato de control de permisos	Se tienen establecidos los siguientes controles para minimizar el riesgo: 1. se establecio el formato de control RCD-F-005-04 para control de registro de entrada y salida de los residentes. 2. En el caso de un suceso se activa el protocolo establecido para tal fin y se registra en la historia clinica del adulto mayor. 3. Para este año se creo el grupo de aseguramiento de la información y reporte para este caso en especifico, donde se envían las fotos y los nombre de los adultos mayores que ingresan por primera vez. 4. Para minimizar este riesgo se va ha establecer el reporte como evento adverso por seguridad del paciente.	Segunda Linea (Trabajo social y Porteria)	100%			
INFORMACION Y COMUNICACIÓN	Perdida de equipos	Codificacion de activos	Asignacion de activos a responsables		Primera Linea (Subgerente Administrativo y Financiero)	0%			Aunque se ha actualizado el inventario de activos fijos a la fecha no se ha realizado la entrega formal con asignación de los activos a cada uno de los funcionarios, documentada y debidamente archivada en las hojas de vida y en las carpetas de los contratistas.
AMBIENTE FISICO	Colapso de las canales de aguas lluvias	Limpieza de los canales	Limpieza de los canales			0%			A la fecha no se ha realizado la limpieza de las canales ya que el personal de mantenimiento no cuenta con los andamios necesarios para realizar esta actividad de altura.
AMBIENTE FISICO	Colapso del alcantarillado por disposición final de grasas y depósitos	Limpieza de la trampa de grasa	Limpieza de la trampa de grasa	Se realiza periodicamente (dos veces por semana) la limpieza de las trampas de grasa.	Primera Linea (Subgerente Administrativo y Financiero)	100%			
INFORMACION Y COMUNICACIONES	El sistema de información de la institución no contempla todas las actividades que se desarrollan con el adulto mayor, salud y albergue.	Se cuenta con el software R-FAST que atiende una parte de los servicios prestados por la Institución	Contratar un software integral que cubije todos los servicios que presta la Institución		Segunda Linea ( Líder de Información y comunicación)	0%			A la fecha no se ha adquirido un software integral.
CONTROL INTERNO	Incumplimiento de las normas y tiempos de presentación de informes y seguimientos a los planes de mejoramiento.	Evaluaciones y Seguimientos internos y externos	1. Formulación y ejecución de los planes de mejoramiento 2. Cumplimiento a la circular de rendición de informes organos de control	Se realizó seguimiento al cumplimiento de la rendición de informes a los organos de control y se presento al nivel gerencial.  En el mes de enero de la presente vigencia se rendio a la Contraloria a través del aplicativo SIA el seguimiento del plan de mejoramiento de la auditoria de la vigencia 2016-2017.	Tercera Linea (Funcionarios de la oficina de control interno y los líderes de procesos auditados)	100%			
CONTROL INTERNO	Omitir, ocultar o modificar información en las auditorias y evaluaciones	Se cuenta con el comité de coordinación de control interno y gestión de calidad y la asignación del directivo responsable del asesoramiento y acompañamiento de la oficina de control interno.	1. Cumplimiento del marco legal de control interno 2. Resolución de creación del comité de coordinación de control interno y gestión de calidad 3. Resolución de adopción del sistema MECI	Se encuentra creado bajo resolución No. 155 de diciembre 22 de 2017 el Comité de Coordinación de Control Interno y esta en funcionamiento, en el mes de julio de la presente vigencia se realizará la primera reunión de este comité como esta determinado por la ley.	Linea Estrategica y Tercera Linea (Funcionarios de la oficina de control interno, Representane Directivo Comité de Control Internos)	66%			Es necesario realizar una nueva resolución para la adopción del MECI y dar cumplimiento al Decreto 943 de 2014 ya que mediante resolución No. 155 de diciembre 22 de 2017 se derrogo la Resolución 084

PORCENTAJE TOTAL DE CUMPLIMIENTO	42%	0%	0%	
----------------------------------	-----	----	----	--