



INFORME DE SEGUIMIENTO DE RIESGOS PRIMER TRIMESTRE DE 2018

En desarrollo de la labor de seguimiento establecida en el Decreto 215 de 2017, la Oficina de Control Interno, efectuó verificación de las acciones para mitigar los riesgos planteados en el “Mapa de Riesgos de procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E”.

Por cada proceso se describen los riesgos identificados, las acciones preventivas programadas, así como las ejecutadas durante el periodo de seguimiento.

La Matriz está conformada por la implementación de 60 riesgos con la siguiente distribución por cada proceso:

| PROCESO: | CANTIDAD: |
|---|-----------|
| Riesgos que aplican a nivel transversal a todos los procesos misionales | 10 |
| Riesgos Gestión Jurídica | 2 |
| Riesgos Gestión Financiera | 7 |
| Riesgos en Contratación | 4 |
| Riesgos de Mejoramiento Institucional | 3 |
| Riesgos de Gestión del Talento Humano | 5 |
| Riesgos de Gestión de la Información TICS | 8 |
| Riesgos de Gestión Administrativa | 5 |
| Riesgos de Ejecución de Alternativas para el Cuidado de la Salud | 5 |
| Riesgos de Desarrollo Institucional | 8 |
| Riesgo Gestión del Conocimiento | 1 |
| Riesgo Control Interno Disciplinario | 1 |
| Riesgo Control Interno | 1 |
| TOTAL | 60 |

De sesenta (60) riesgos priorizados en la fase de identificación, treinta y dos (32) se priorizaron en nivel aceptable, veinte y siete (27) en categoría intolerables y uno (1) en categoría tolerable.

Frente a tratamiento del riesgo, de los sesenta (60) riesgos identificados a nivel institucional veinte y cinco (25) se determinaron en categoría "eliminar" y treinta y cinco (35) en categoría "mitigar".

A nivel de tipología del riesgo general se identificaron:

- Riesgos Ambientales 4
- De corrupción 12
- Estratégico 3



| | |
|--|----|
| - Información | 1 |
| - Operativos | 30 |
| - Compartido entre Operativo y SARLAFT | 1 |
| - De Salud | 9 |

A nivel de análisis del riesgo en probabilidad e impacto para la administración o tratamiento del riesgo que incluye eliminar, mitigar, transferir o asumir, presenta veinte y cinco (25) de “Eliminar” y treinta y cinco (35) de “Mitigar”.

En la fase de valoración frente aplicación de controles del riesgo cuarenta y tres (43) son aceptables, diez y seis (16) tienen controles eficientes y un (1) riesgo tiene control deficiente: Corresponde a la Interrupción del Suministro de Energía, por lo que se recomienda redefinir los controles aplicados.

A nivel de seguimiento, los sesenta (60) riesgos identificados cumplieron con seguimiento por parte de autocontrol y por parte de oficina de desarrollo institucional.

A continuación se presenta el resultado del seguimiento a las acciones establecidas en el mapa de riesgos institucional y que fueron ejecutadas por los procesos responsables durante el primer trimestre de 2018:

| MATRIZ DE RIESGOS | | | | VERSION 1 |
|---|------------|------------|--|---|
| ETAPA DE IDENTIFICACION | | VALORACION | SEGUIMIENTO Y MONITOREO | |
| DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | TIPOLOGIA | CONTROL | SEGUIMIENTO LIDER PROCESO | REPRESENTANTE ALTA DIRECCION |
| | | | DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO | DESCRIPCION |
| CONTRATACION | | | | |
| Direccionamiento de criterios previos y en pliegos de condiciones para favorecimiento de un grupo y/o firma en particular | Corrupción | Eficiente | En la institución operan controles al interior del proceso de contratación (manual de contratación, comité asociado, procedimientos asociados..) que de forma complementaria contribuyen a la implementación de herramientas para la transparencia en los procesos de contratación en todas su fases (precontractual -contractual y pos contractual) | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. El riesgo no se ha materializado |
| Exposición a multas o sanciones por incumplimiento en publicación oportuna en SECOP y/o Página Web institucional de documentos de procesos contractuales. | Operativo | Eficiente | En la institución operan controles al interior del proceso de contratación que de forma complementaria contribuyen al cumplimiento de documentación de procesos contractuales en el SECOP | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. El riesgo no se ha materializado |



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E.

| MATRIZ DE RIESGOS | | | | VERSION 1 |
|---|------------|------------|---|---|
| ETAPA DE IDENTIFICACION | | VALORACION | SEGUIMIENTO Y MONITOREO | |
| DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | TIPOLOGIA | CONTROL | SEGUIMIENTO LIDER PROCESO | REPRESENTANTE ALTA DIRECCION |
| | | | DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO | DESCRIPCION |
| Fallas de Supervisión en la ejecución de los contratos ocasionando terminación anticipada, sobre-ejecución, sub-ejecución y/o imposibilidad de liquidarlos. | Operativo | Aceptable | En la institución operan controles al interior del proceso de contratación (manual de contratación, comité asociado, procedimientos asociados..) para el rol de supervisión de contratos, no obstante se edifican fallas en su aplicación, por tanto se debe intensificar controles | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda fortalecer controles y mantener capacitaciones a los supervisores de contratos |
| Demora en la prestación del servicio de salud y/o bien por errores en la elaboración de la minuta contractual y/o documentos anexos | Operativo | Aceptable | En la institución operan controles al interior del proceso de contratación (manual de contratación, comité asociado, procedimientos asociados..) en las fases de contratación, no obstante se identifican fallas en su aplicación, por tanto se debe intensificar controles | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda fortalecer controles y mantener capacitaciones a los colaboradores del proceso de contratación |
| GESTION JURIDICA | | | | |
| Vencimiento de los términos procesales dentro de la etapa coactiva de procesos en curso | Operativo | Eficiente | En la institución operan procedimientos al interior del proceso (proceso de cobro coactivo, accione de tutela, prejudicial y defensa judicial) que definen lineamientos y controles frente a prevenir vencimiento de términos así como controles frente a archivo de expedientes | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda mantener la aplicación de controles implementados |
| Pérdida de expedientes y/o de información de procesos en curso en Gestión Jurídica | Operativo | Eficiente | En la institución operan procedimientos al interior del proceso (proceso de cobro coactivo, accione de tutela, prejudicial y defensa judicial) que definen lineamientos y controles frente a prevenir vencimiento de términos así como controles frente a archivo de expedientes | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda mantener la aplicación de controles implementados |
| GESTION DEL TALENTO HUMANO | | | | |
| Permitir y/o aceptar influencias en el aprovisionamiento de empleos, con el propósito de obtener beneficio propio o de un tercero. | Corrupción | Eficiente | En la institución operan controles al interior tanto de la gobernanza como de los procesos que de forma complementaria contribuyen al desarrollo de comportamientos éticos y transparentes de acuerdo a los principios y valores establecidos | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda mantener la aplicación de controles implementados |
| Compra, apropiación o uso indebido de bienes y servicios para el favorecimiento propio o de un tercero. | Corrupción | Eficiente | En la institución operan controles al interior tanto de la gobernanza como de los procesos que de forma complementaria contribuyen al desarrollo de comportamientos éticos y transparentes de acuerdo a los principios y valores establecidos | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda mantener la aplicación de controles implementados |
| Ejecución de actividades de bienestar desalineadas con las Necesidades de los colaboradores de la Subred. | Operativo | Aceptable | En la institución opera la encuesta de necesidades y expectativas sobre bienestar. En proceso normalización de información complementaria | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda avanzar en la normalización y aplicación de lineamiento de actividades de |

Carrera 20 # 47B – 35 sur
Código Postal: 110621
Sede Administrativa USS Tunal
Tel: 7300000
www.subredsur.gov.co

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E.

| MATRIZ DE RIESGOS | | | VERSION 1 | |
|--|-----------|------------|--|--|
| ETAPA DE IDENTIFICACION | | VALORACION | SEGUIMIENTO Y MONITOREO | |
| DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | TIPOLOGIA | CONTROL | SEGUIMIENTO LIDER PROCESO | REPRESENTANTE ALTA DIRECCION |
| | | | DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO | DESCRIPCION |
| | | | | bienestar aprobados a nivel institucional |
| Incumplimiento de la normatividad vigente relacionada con el Sistema General de participaciones. | Operativo | Aceptable | En la institución operan controles tales como conciliaciones, reuniones con entidades, matriz de control frente a cumplimiento de aportes del Sistema general de participación | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda avanzar en la normalización de documentación asociada a aplicación del SGSP |
| Vinculación de colaboradores sin cumplimiento de requisitos de idoneidad según perfil requerido. | Operativo | Aceptable | En la institución operan controles tales como descripción del perfil requerido, lista de chequeo de documentación requerida según perfil, verificación de títulos, entre otros, que ha favorecido fortalecimiento de controles frente a vinculación de colaboradores | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda avanzar en la normalización de documentación asociada a lineamientos de selección a nivel institucional |
| EJECUCIÓN DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO | | | | |
| Inoportunidad en la atención de triage II en el servicio de urgencias | Salud | Aceptable | En la institución operan controles al interior del proceso, no obstante se identifican fallas en su aplicación, por tanto se debe intensificar controles | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda fortalecer controles en urgencias mediante estrategias efectivas y supervisión y control por el líder de servicio frente a tiempos oportunidad y pertinencia en el triage |
| Inadecuada clasificación del Triage al paciente en el servicio de urgencias | Salud | Aceptable | En la institución operan controles al interior del proceso, no obstante se identifican fallas en su aplicación, por tanto se debe intensificar controles | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda fortalecer controles en urgencias mediante estrategias efectivas y supervisión y control por el líder de servicio frente a tiempos oportunidad y pertinencia en el triage |
| Inadecuado diligenciamiento de la historia clínica por parte del equipo de salud | Salud | Aceptable | En la institución operan controles al interior del proceso, no obstante se identifican fallas en su aplicación, por tanto se debe intensificar controles | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda fortalecer controles y mantener capacitaciones y acompañamientos al equipo de salud en calidad formal y de contenido sobre historia clínica, como auditoría interna |
| Entrega incompleta o inoportuna de medicamentos | Operativo | Aceptable | En la institución se fortalecieron los controles al interior del proceso, y se han generado planes de mejoramiento a nivel interno y externo frente a desviaciones de resultados, lo que ha favorecido el control frente a entrega oportuna y completa de medicamentos | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda mantener los chequeos y seguimientos de resultados frente a las acciones de mejora e indicadores de planes de mejora vigentes asociados |

Carrera 20 # 47B – 35 sur
Código Postal: 110621
Sede Administrativa USS Tunal
Tel: 7300000
www.subredsur.gov.co

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



| MATRIZ DE RIESGOS | | | VERSION 1 | |
|---|-----------|------------|---|---|
| ETAPA DE IDENTIFICACION | | VALORACION | SEGUIMIENTO Y MONITOREO | |
| DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | TIPOLOGIA | CONTROL | SEGUIMIENTO LIDER PROCESO | REPRESENTANTE ALTA DIRECCION |
| | | | DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO | DESCRIPCION |
| Falta de Oportunidad y continuidad en la atención debido a fallas administrativas (insuficiencia recurso humano, equipos, demoras en autorizaciones) | Operativo | Aceptable | En la institución se fortalecieron los controles al interior de los procesos. No obstante se han generado planes de mejoramiento a nivel interno y externo frente a desviaciones de resultados | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda intensificar acompañamiento, supervisión y control en los diferentes servicios frente oportunidad y continuidad en atención, retroalimentación resultados a las partes interesadas y en los casos que amerite la implementación de correctivos a lugar |
| Falta de Oportunidad y continuidad en la atención debido a fallas asistenciales (demoras en toma o entrega de resultados de laboratorios, imágenes diagnosticas). | Salud | Aceptable | En la institución se fortalecieron los controles al interior de los procesos. No obstante se han generado planes de mejoramiento a nivel interno y externo frente a desviaciones de resultados | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda intensificar acompañamiento, supervisión y control en los diferentes servicios frente oportunidad y continuidad en atención, retroalimentación resultados a las partes interesadas y en los casos que amerite la implementación de correctivos a lugar |
| Sobreocupación en los servicios de urgencias | Operativo | Aceptable | En la institución se fortalecieron los controles al interior del proceso, y se han generado planes de contingencia según las necesidades del servicio | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda mantener el desarrollo de los planes de contingencia así como zonas de expansión según las necesidades del servicio y contexto institucional |
| Reingreso de paciente por la misma causa antes de 24 horas | Salud | Aceptable | En la institución se fortalecieron los controles al interior del proceso, y se han generado planes de mejoramiento a nivel interno y externo frente a desviaciones de resultados | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda mantener seguimiento al indicador de reingresos con análisis causal e intervención frente a resultados de desviación |
| GESTION FINANCIERA | | | | |
| Incumplimiento de las metas de recaudo. | Operativo | Aceptable | En la institución se fortalecieron los controles al interior del proceso, y se han generado estrategias de recaudo que están en fase de desarrollo. | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda mantener el seguimiento al plan o metas de recaudo estableciendo acuerdos de pago con los pagadores |
| Pérdida de Recursos financieros por no pago de facturas glosadas. | Operativo | Aceptable | En la institución se fortalecieron los controles al interior del proceso, frente al seguimiento de pago de facturas glosadas, en el marco de revisión de autocontrol y auditoria según programación | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda mantener a nivel de autocontrol dichas verificaciones e implementar acciones de mejoramiento frente a desviaciones de resultados esperados |



| MATRIZ DE RIESGOS | | | VERSION 1 | |
|--|-------------|------------|---|---|
| ETAPA DE IDENTIFICACION | | VALORACION | SEGUIMIENTO Y MONITOREO | |
| DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | TIPOLOGIA | CONTROL | SEGUIMIENTO LIDER PROCESO | REPRESENTANTE ALTA DIRECCION |
| | | | DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO | DESCRIPCION |
| Extemporaneidad en registros contables por causación realizada en periodos diferentes a la fecha de los documentos soporte. | Operativo | Aceptable | En la institución se fortalecieron los controles al interior del proceso, frente al seguimiento de pago de facturas glosadas, en el marco de revisión de autocontrol y auditoria según programación | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda mantener a nivel de autocontrol dichas verificaciones e implementar acciones de mejoramiento frente a desviaciones de resultados esperados |
| Inoportunidad en la presentación de información financiera contable por caída del sistema. | Operativo | Aceptable | En la institución se fortalecieron los controles al interior del proceso, frente al seguimiento de pago de facturas glosadas, en el marco de revisión de autocontrol y auditoria según programación | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda mantener a nivel de autocontrol dichas verificaciones e implementar acciones de mejoramiento frente a desviaciones de resultados esperados |
| Pérdida o desvío de los recursos financieros en beneficio propio o de un tercero. | Corrupción | Aceptable | En la institución se fortalecieron los controles al interior del proceso, en el marco de aplicación de lineamientos éticos y de transparencia | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda mantener los controles instaurados. Riesgo no materializado |
| Recibir y/o dar sobornos con el objetivo de acelerar pagos y/o trámites relacionados con la Gestión Financiera de la Entidad. | Corrupción | Aceptable | En la institución se fortalecieron los controles al interior del proceso, en el marco de aplicación de lineamientos éticos y de transparencia | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda mantener los controles instaurados. Riesgo no materializado |
| Afectación en la prestación del servicio de Salud por no contar con los saldos de apropiación para las Contrataciones. (Rural Y Urbana) | Operativo | Eficiente | la institución mantiene el seguimiento al presupuesto mensualmente e implementa estrategias o movimientos presupuestales según situaciones presentadas y contexto institucional para evitar afectaciones en el servicio | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda mantener el seguimiento al presupuesto mensualmente implementando acciones de mejoramiento frente a desviaciones de resultados esperados |
| GESTION DE LA INFORMACION (TICS) | | | | |
| Pérdida de la información. | INFORMACION | Aceptable | En la institución se fortalecieron los controles al interior del proceso, frente al seguimiento seguridades de información, en desarrollo aplicación de procedimientos | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda mantener a nivel de autocontrol dichas verificaciones e implementar acciones de mejoramiento frente a desviaciones de resultados esperados |
| Pérdida intencional, suministro, alteración, ocultamiento y/o destrucción de los documentos que reposan en el archivo para el favorecimiento propio o de un tercero. | Corrupción | Eficiente | En la institución operan controles al interior tanto de la gobernanza como de los procesos que de forma complementaria contribuyen al desarrollo de comportamientos éticos y transparentes de acuerdo a los principios y valores establecidos | se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda mantener la aplicación de controles implementados |



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E.

| MATRIZ DE RIESGOS | | | VERSION 1 | |
|---|------------|------------|--|---|
| ETAPA DE IDENTIFICACION | | VALORACION | SEGUIMIENTO Y MONITOREO | |
| DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | TIPOLOGIA | CONTROL | SEGUIMIENTO LIDER PROCESO | REPRESENTANTE ALTA DIRECCION |
| | | | DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO | DESCRIPCION |
| Permiso de acceso a los sistemas de información con el fin de obtener un beneficio propio o para un tercero. | Corrupción | Eficiente | En la institución operan controles al interior tanto de la gobernanza como de los procesos que de forma complementaria contribuyen al desarrollo de comportamientos éticos y transparentes de acuerdo a los principios y valores establecidos | se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda mantener la aplicación de controles implementados |
| Modificar la parametrización de los aplicativos, metodología de los procesos y/o procedimientos para beneficio propio o de un tercero. | Corrupción | Eficiente | En la institución operan controles al interior tanto de la gobernanza como de los procesos que de forma complementaria contribuyen al desarrollo de comportamientos éticos y transparentes de acuerdo a los principios y valores establecidos | se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda mantener la aplicación de controles implementados |
| Alterar la información y/o suministrar alguna que no corresponda a la realidad con el fin de obtener un beneficio propio o de un tercero. | Corrupción | Eficiente | En la institución operan controles al interior tanto de la gobernanza como de los procesos que de forma complementaria contribuyen al desarrollo de comportamientos éticos y transparentes de acuerdo a los principios y valores establecidos | se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda mantener la aplicación de controles implementados |
| Fuga de Información clasificada como confidencial. | Operativo | Eficiente | En la institución se fortalecieron los controles al interior del proceso, frente al seguimiento seguridades de información tales como políticas de información, inventario y clasificación de activos de información, autenticación frente al sistema de información entre otros controles | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda mantener a nivel de autocontrol dichas verificaciones |
| Falta de integridad de la información. | Operativo | Aceptable | En la institución está en desarrollo actividades para el procesamiento y validación de la información a partir de herramientas de control. | Se valida y confirma la información registrada por autocontrol. Se recomienda mantener nivel de autocontrol verificaciones e implementar acciones de mejoramiento frente a desviaciones de resultados esperados |
| No disponibilidad de la Información. | Operativo | Eficiente | En la institución se mantienen controles para la disponibilidad de información tales como: matriz de necesidades de información, reportes en tiempo real de generación para extracción de información. A nivel institucional opera el Plan de Gerencia de información y procedimientos asociados (extracción de información y análisis) que de forma complementaria han favorecido la información oportuna, validada, segura e integral. | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda mantener a nivel de autocontrol dichas verificaciones |
| GESTION ADMINISTRATIVA | | | | |

Carrera 20 # 47B – 35 sur
Código Postal: 110621
Sede Administrativa USS Tunal
Tel: 7300000
www.subredsur.gov.co

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E.

| MATRIZ DE RIESGOS | | | VERSION 1 | |
|---|-----------|------------|--|--|
| ETAPA DE IDENTIFICACION | | VALORACION | SEGUIMIENTO Y MONITOREO | |
| DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | TIPOLOGIA | CONTROL | SEGUIMIENTO LIDER PROCESO | REPRESENTANTE ALTA DIRECCION |
| | | | DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO | DESCRIPCION |
| Interrupción del Servicio Público de Aseo. | Ambiental | Aceptable | En la institución se mantiene el desarrollo de estrategias o planes de contingencia frente a posibles situaciones de interrupción de servicios públicos, no obstante se deben fortalecer controles para su adecuada respuesta | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda intensificar controles y en lo posible avanzar en la implementación de simulacros asociados a interrupciones de servicios públicos que puedan afectar la continuidad del servicio |
| Exposición a Residuos Hospitalarios Infecciosos. | Ambiental | Aceptable | En la institución se fortalecieron los controles y estrategias al interior del proceso, asociadas al control de residuos hospitalarios que están en fase de desarrollo. | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda mantener los controles implementados con reporte de resultados a instancias correspondientes |
| Interrupción del Suministro de Agua. | Ambiental | Aceptable | En la institución se mantiene el desarrollo de estrategias o planes de contingencia frente a posibles situaciones de interrupción de servicios públicos, no obstante se deben fortalecer controles para su adecuada respuesta | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda intensificar controles y en lo posible avanzar en la implementación de simulacros asociados a interrupciones de servicios públicos que puedan afectar la continuidad del servicio |
| Interrupción del Suministro de Energía. | Ambiental | Deficiente | En la institución se mantiene el desarrollo de estrategias o planes de contingencia frente a posibles situaciones de interrupción de servicios públicos, no obstante se deben fortalecer controles para su adecuada respuesta | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda intensificar controles y en lo posible avanzar en la implementación de simulacros asociados a interrupciones de servicios públicos que puedan afectar la continuidad del servicio |
| EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO | | | | |
| Atención insegura a pacientes por Infecciones Nosocomiales (Intrahospitalarias) en el ejercicio de la Prestación de Servicios de Salud. (Infección Cruzada - Infección Endógena - Infección Ambiental) (Rural) | Salud | Aceptable | En la institución se mantiene el desarrollo de lineamientos sobre seguridad del paciente para minimizar posibles sucesos de seguridad, así mismo se continua con acompañamientos y capacitaciones asociados a seguridad del paciente | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda intensificar controles a nivel del autocontrol así como seguimiento a los resultados de auditorías internas o externas asociadas, que favorezca la implementación de acciones de mejoramiento |
| Complicaciones Anestésicas ocasionadas al paciente durante el proceso de Atención. (Rural) | Salud | Aceptable | En la institución se mantiene el desarrollo de lineamientos sobre seguridad del paciente para minimizar posibles sucesos de seguridad, así mismo se continua con acompañamientos y capacitaciones asociados a seguridad del paciente | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda intensificar controles a nivel del autocontrol así como seguimiento a los resultados de auditorías internas o externas asociadas, que favorezca la implementación de acciones de mejoramiento |

Carrera 20 # 47B – 35 sur
Código Postal: 110621
Sede Administrativa USS Tunal
Tel: 7300000
www.subredsur.gov.co

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



| MATRIZ DE RIESGOS | | | | VERSION 1 |
|---|------------|------------|--|--|
| ETAPA DE IDENTIFICACION | | VALORACION | SEGUIMIENTO Y MONITOREO | |
| DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | TIPOLOGIA | CONTROL | SEGUIMIENTO LIDER PROCESO | REPRESENTANTE ALTA DIRECCION |
| | | | DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO | DESCRIPCION |
| Complicaciones Terapéuticas especialmente Medicamentosas y Transfusionales (En Nazareth no realizan transfusiones) Si puede pasar las medicamentosas. (Rural) | Salud | Aceptable | En la institución se mantiene el desarrollo de lineamientos sobre seguridad del paciente para minimizar posibles sucesos de seguridad, así mismo se continua con acompañamientos y capacitaciones asociados a seguridad del paciente | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda intensificar controles a nivel del autocontrol así como seguimiento a los resultados de auditorías internas o externas asociadas, que favorezca la implementación de acciones de mejoramiento |
| Caídas del paciente durante el proceso de Atención. (Rural) | Operativo | Aceptable | En la institución se mantiene el desarrollo de lineamientos sobre seguridad del paciente para minimizar posibles sucesos de seguridad, así mismo se continua con acompañamientos y capacitaciones asociados a seguridad del paciente | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda intensificar controles a nivel del autocontrol así como seguimiento a los resultados de auditorías internas o externas asociadas, que favorezca la implementación de acciones de mejoramiento |
| Demora en el diagnostico y/o tratamiento del paciente (RURAL) | Operativo | Aceptable | En la institución se mantiene el desarrollo de lineamientos sobre seguridad del paciente para minimizar posibles sucesos de seguridad, así mismo se continua con acompañamientos y capacitaciones asociados a seguridad del paciente | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda intensificar controles a nivel del autocontrol así como seguimiento a los resultados de auditorías internas o externas asociadas, que favorezca la implementación de acciones de mejoramiento |
| Atención insegura durante el proceso de Atención en Salud. (RURAL) | Operativo | Aceptable | En la institución se mantiene el desarrollo de lineamientos sobre seguridad del paciente para minimizar posibles sucesos de seguridad, así mismo se continua con acompañamientos y capacitaciones asociados a seguridad del paciente | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda intensificar controles a nivel del autocontrol así como seguimiento a los resultados de auditorías internas o externas asociadas, que favorezca la implementación de acciones de mejoramiento |
| EJECUCIÓN DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO / GESTION ADMINISTRATIVA | | | | |
| Complicaciones del estado del paciente por demora durante el traslado a otra USS. (Rural) | Corrupción | Aceptable | En la institución se mantiene el desarrollo de lineamientos sobre seguridad del paciente para minimizar posibles sucesos de seguridad, así mismo se continua con acompañamientos y capacitaciones asociados a seguridad del paciente | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda intensificar controles a nivel del autocontrol así como seguimiento a los resultados de auditorías internas o externas asociadas, que favorezca la implementación de acciones de mejoramiento |
| EJECUCIÓN DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD / DESARROLLO INSTITUCIONAL | | | | |



| MATRIZ DE RIESGOS | | | VERSION 1 | |
|--|------------|------------|---|---|
| ETAPA DE IDENTIFICACION | | VALORACION | SEGUIMIENTO Y MONITOREO | |
| DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | TIPOLOGIA | CONTROL | SEGUIMIENTO LIDER PROCESO | REPRESENTANTE ALTA DIRECCION |
| | | | DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO | DESCRIPCION |
| Modelo de atención y prestación de servicios en salud, sin desarrollo de estrategias diferenciales para la población rural. | Operativo | Aceptable | En la institución se mantiene el desarrollo de lineamientos y estrategias para la implementación del MIAS, las cuales se mantienen en desarrollo | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol. Se recomienda continuar el desarrollo de las estrategias de operación del MIAS tanto a nivel urbano como rural, con fortalecimiento de divulgación de resultados |
| DESARROLLO INSTITUCIONAL | | | | |
| Presentar y/o reportar informes de Proyectos y/o Procesos con información que no corresponda a la realidad con el fin de obtener un beneficio propio, para un tercero o para la Entidad. | Corrupción | Aceptable | En la institución operan controles al interior tanto de la gobernanza como de los procesos que de forma complementaria contribuyen al desarrollo de comportamientos éticos y transparentes de acuerdo a los principios y valores establecidos | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda mantener la aplicación de controles implementados |
| Incumplimiento de las actividades planificadas para la vigencia por debilidades en el seguimiento o por fallas de verificación en listas restrictivas. | Operativo | Aceptable | En la institución operan herramientas de control al interior tanto de la gobernanza como de los procesos que de forma complementaria contribuyen al seguimiento de indicadores tanto desde el autocontrol como desde la alta dirección para determinar sus resultados | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda mantener la aplicación de controles implementados |
| Desmotivación del personal. | Operativo | Aceptable | En la institución opera lineamientos de humanización que incluye actividades en diferentes ejes, que se encuentran en fase de desarrollo | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda mantener la aplicación de controles implementados |
| Aumento significativo de PQRS por acciones de deshumanización del servicio | Operativo | Aceptable | En la institución operan herramientas de control al interior para medir la satisfacción de los usuarios (encuestas,..) para medir el índice de satisfacción. Se implementan acciones de mejora según resultados | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda mantener la aplicación de controles implementados |
| Incumplimiento del plan de práctica formativa propuesto para los estudiantes de los diferentes programas. | Operativo | Aceptable | En la institución operan lineamientos para personal de convenios docencia servicio, y se realiza asistencia técnica y orientación | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda mantener la aplicación de controles implementados |
| Desconocimiento de lineamientos sobre comunicación organizacional | Operativo | Aceptable | Se tiene documentado y en implementación el Manual de comunicación, y documentos complementarios. Así mismo se definió la encuesta de comunicación para medición de percepción de este componente | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda documentar el procedimiento de comunicación organizacional y demás documentos asociados requeridos a nivel reglamentario en la dimensión de Información y Comunicación de MIPG y reglamentación asociada, para su normal operación, así como avanzar |



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur E.S.E.

| MATRIZ DE RIESGOS | | | | VERSION 1 |
|---|-------------|------------|---|--|
| ETAPA DE IDENTIFICACION | | VALORACION | SEGUIMIENTO Y MONITOREO | |
| DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | TIPOLOGIA | CONTROL | SEGUIMIENTO LIDER PROCESO | REPRESENTANTE ALTA DIRECCION |
| | | | DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO | DESCRIPCION |
| | | | | en coberturas de socialización y medición de apropiación sobre comunicaciones (canales de comunicación, planes...) a nivel interno |
| Incumplimiento del plan estratégico de comunicaciones institucional. (PECO) | Estratégico | Aceptable | En la institución operan lineamientos para el desarrollo de la dimensión de comunicación organizacional, tales como el Plan de comunicaciones. Dicho plan está en desarrollo | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda mantener la aplicación de controles implementados |
| Falta de herramientas de medición de percepción que tienen las partes interesadas priorizadas sobre la comunicación institucional | Estratégico | Eficiente | | |
| MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL | | | | |
| Ineficiencia en la implementación del Modelo de mejoramiento institucional. | Estratégico | Aceptable | En la institución opera el Manual de mejora continua así como documentos complementarios que orientan el método de operación de este componente a nivel institucional, los cuales están en fase de desarrollo. | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda avanzar en coberturas de socialización del modelo de mejora a los colaboradores como mantener el seguimiento frente a su avance |
| Incremento de eventos adversos institucionales por fallas administrativas y/o asistenciales. | Salud | Aceptable | En la institución opera el programa de seguridad del paciente y documentos complementarios que orientan el método de operación y tratamiento para los sucesos de seguridad incluidos los eventos adversos. Así mismo se definió para análisis de eventos adversos metodología AMFE la cual opera en la actualidad según aplique | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda avanzar en el desarrollo de herramientas tecnológicas "aplicativos" sobre seguridad del paciente que favorezca tanto el análisis de los sucesos como la creación de cultura a nivel de este eje |
| Incumplimiento del plan de acción de Habilitación institucional. | Operativo | Aceptable | A nivel institucional operan asistencia técnica y acompañamientos frente a aplicación de estándares de habilitación, según necesidades de las direcciones o profesiones de enlace. Está en proceso desarrollo de la autoevaluación de habilitación | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda documentar los procedimientos o formatos que estandaricen la gestión de novedades en la subred |
| GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO | | | | |
| Experiencia limitada en investigadores y postulantes de proyectos en temas concretos debido a que no existe formación específica en áreas de investigación. | Operativo | Aceptable | en desarrollo lineamientos sobre investigación | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda avanzar en la estandarización y aplicación de lineamientos que fomenten el tema de investigación |
| CONTROL INTERNO | | | | |

Carrera 20 # 47B – 35 sur
Código Postal: 110621
Sede Administrativa USS Tunal
Tel: 7300000
www.subredsur.gov.co

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



| MATRIZ DE RIESGOS | | | | VERSION 1 |
|---|------------|------------|---|--|
| ETAPA DE IDENTIFICACION | | VALORACION | SEGUIMIENTO Y MONITOREO | |
| DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | TIPOLOGIA | CONTROL | SEGUIMIENTO LIDER PROCESO | REPRESENTANTE ALTA DIRECCION |
| | | | DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO | DESCRIPCION |
| Informes de Auditoria con datos y/o información sesgada con el fin de obtener favorecimiento propio, de un tercero y/o de la Entidad. | Corrupción | Eficiente | En la institución operan controles al interior tanto de la gobernanza como de los procesos que de forma complementaria contribuyen al desarrollo de comportamientos éticos y transparentes de acuerdo a los principios y valores establecidos | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda mantener la aplicación de controles implementados |
| CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO | | | | |
| Incumplimiento de aplicación de etapas procesales. | Operativo | Eficiente | En la institución operan controles al interior del proceso tales como procedimientos e instrumentos para evitar la materialización del riesgo | Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, se recomienda mantener la aplicación de controles implementados |

Fuente: "Copia de Matriz de Riesgos Subred Sur 2018."

RECOMENDACIONES

- No se observa en el proceso Jurídico, riesgo relacionado con la mitigación y/o frente a fallos en contra de la entidad por concepto de posible materialización "contratos realidad". Se recomienda analizar la pertinencia de ocurrencia del riesgo e implementar los respectivos controles para mitigarlo.
- El proceso de Talento Humano incluye el siguiente riesgo de corrupción, "compra, apropiación o uso indebido de bienes y servicios para el favorecimiento propio o de un tercero", el cual se recomienda se analice si es pertinencia a este proceso.
- En el proceso de Gestión de la Información – TICS, no se evidencia riesgo para mitigar pérdida de información por efectos de daños y capacidad en los servidores principales de almacenamiento de información; riesgo que fue materializado en los entonces hospitales Meissen y el Tunal. Se sugiere realizar revisión, si el proceso lo considera pertinente.
- Se estableció en el proceso de Desarrollo Institucional el riesgo por Desmotivación del personal. Se exhorta a la revisión y ajuste, por cuanto es el proceso de Talento Humano, responsable del manejo del clima organizacional.
- En el proceso de Desarrollo Institucional se estableció riesgo: Aumento significativo de PQRS por acciones de deshumanización del servicio. Es indispensable su revisión y ajuste al proceso de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, como líder del servicio.
- En el proceso de Desarrollo Institucional se estableció riesgo: "Falta de herramientas de medición de percepción que tienen las partes interesadas priorizadas sobre la



comunicación institucional”, por lo que se recomienda que se gestione seguimiento y monitoreo por el líder del proceso y el representante de alta dirección.

- En la matriz de riesgos recibida por la OCI., se observa que falta la inclusión de riesgos relacionados con el proceso Gestión Administrativa, para el subproceso de Recursos Físicos de Almacén, Propiedad Planta y Equipo, Mantenimiento, Transporte y Correspondencia; situación que amerita revisión y ajuste, por el manejo de bienes públicos.
- Realizar el monitoreo a los riesgos (controles y acciones), de acuerdo con la periodicidad establecida, para identificar si el riesgo fue o no materializado.

CONCLUSIÓN

El objetivo de la administración de los riesgos es evitar que se materialice, y si bien es cierto se evidencia seguimiento y monitoreo del Lider, es indispensable revisión de algunos riesgos, frente a la responsabilidad del proceso e incluir otros que se no se han contemplado.

La OCI reitera su intención de contribuir al cumplimiento de los objetivos y metas de la Entidad, y está atenta a realizar el acompañamiento necesario a los funcionarios que la Gerencia disponga, con el fin de fortalecer MIPG y la madurez del Modelo Estándar de Control Interno a través de la ejecución del proceso de evaluación independiente.

Cordialmente,

ORIGINAL FIRMADO

GLORIA ESPERANZA ACEVEDO

Jefe Oficina control Interno

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Control.interno.jefe@subredsur.gov.co

| FUNCIONARIO/CONTRATISTA | NOMBRE | CARGO | SEDE | RED | FIRMA |
|--|---|--|------|--|-------|
| Proyectado por: | Luis A. Rodríguez C. Carlos J. Torres R. | Profesionales Especializados – OCI. | | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur | |
| <p>Las presentes actuaciones administrativas se ejecutan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2 del Acuerdo Distrital 641/2016 del Concejo de Bogotá con el cual se efectuó la reorganización del sector salud de Bogotá, con base en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que regula la modificación de las entidades públicas mediante las figuras de reestructuración, fusión, supresión o liquidación; en el presente caso de fusión, no implica solución de continuidad para el ejercicio de la función o prestación del servicio.</p> <p>Mediante Decreto 171/2016 se designó para el período de transición a los Gerentes de las E.S.E. resultantes de la fusión ordenada en el Acuerdo 641/2016, (Subred Integrada de Servicios de Salud) con las funciones previstas en el artículo 5, tanto para efectos de subrogación, obligaciones y perfeccionamiento del proceso de fusión.</p> <p>En cumplimiento de los principios administrativos previstos en el Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, de responsabilidad y eficacia, se continuara operando de conformidad con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 hasta tanto se asegure la operación de la Subred Sur, a fin de evitar vacíos e inseguridad jurídica.</p> <p>Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por tanto lo presentamos para la respectiva firma.</p> | | | | | |