

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	CIN-FT-03 V2

NOMBRE DEL INFORME:	Seguimiento avances implementación Circulares Normativas emitidas por la Supersalud, en el tema relacionado con riesgos expuesto en el marco normativo.
----------------------------	---

CONTENIDO DEL INFORME

1. **PERIODO DE EJECUCIÓN:** Corte a noviembre 30 de 2023.
2. **OBJETIVO:** Verificar los avances realizados de implementación sobre Circulares Super Salud, a cargo de la Subred Sur, lo anterior acorde a información recopilada.
3. **ALCANCE.** La evaluación se realizará acorde a gestiones realizadas en la entidad para la vigencia 2023, a corte del informe en el tema relacionado con riesgos expuesto en el marco normativo, según información remitida desde Oficina de Desarrollo Institucional – Administración del Riesgo.
4. **EQUIPO AUDITOR:** Astrid Marcela Méndez Chaparro – Jefe Oficina de Control Interno.
5. **METODOLOGÍA**
 - Solicitar información a Oficina de desarrollo Institucional – Administración del Riesgo.
 - Analizar y verificar la información remitida.
 - Realizar y presentar el informe con sus observaciones y recomendaciones.
6. **MARCO NORMATIVO - CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

Circulares Supersalud No. 045 y No. 055
Manual de administración del riesgo Subred Salud Sur ESE.

1. CONCLUSIÓN

En cumplimiento de la información remitida por el subproceso administración del riesgo, de la Subred integrada de servicios de Salud Sur ESE, se precisan los siguientes datos:

El Subproceso de Administración del Riesgo Institucional “ARI” adherido al proceso de Dirección Estratégico de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. cuenta con una política de gestión del riesgo Resolución 1078 del 19 de octubre de 2023 “por la cual se adopta la política de administración del riesgo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Empresa Social del Estado”, teniendo como objetivo:

Artículo Segundo: Objetivo de la Política de Administración del Riesgo: Implementar los lineamientos que permitan el desarrollo del ciclo de la gestión de los riesgos prioritarios de forma eficiente y oportuna, propiciando un ambiente de ejecución, autocontrol y evaluación de los Subsistemas de Administración de Riesgos, que contribuya con la transparencia, integridad, confiabilidad y oportunidad en la información generada por la entidad y gestión de los procesos, con un enfoque de riesgos permitiendo el logro de los objetivos estratégicos.

Así mismo el subproceso conforme a las directrices establecidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública “DAFP”, la Superintendencia Nacional de Salud “SNS” y la Alcaldía Mayor de Bogotá, la subred cuenta y adopta una metodología para la Administración del Riesgo, plasmada en el documento “

Es por esto, que el subproceso conforme a las directrices establecidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública “DAFP”, la Superintendencia Nacional de Salud “SNS” y la Alcaldía Mayor de Bogotá,

la subred cuenta y adopta una metodología para la Administración del Riesgo, plasmada en el documento DE-GRI-MA-02 V4 "Manual Administración del Riesgo", en el que se incorpora una estructura definida en 3 fases que identifica, analiza, evalúa y trata los riesgos; al igual que se definen las diferentes tipologías institucionales, las especificaciones en las frecuencias de medición de los riesgos y la descripción ampliada del abordaje y tratamiento del riesgo clínico, administrativo y poblacional.

"Manual Administración del Riesgo", en el que se incorpora una estructura definida en 3 fases que identifica, analiza, evalúa y trata los riesgos; al igual que se definen las diferentes tipologías institucionales, las especificaciones en las frecuencias de medición de los riesgos y la descripción ampliada del abordaje y tratamiento del riesgo clínico, administrativo y poblacional.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

MANUAL ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE-GRI-MA-02 V4





SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	DE-GRI-MA-02 V4
Contenido	
1. OBJETIVO:.....	4
2. ALCANCE:.....	4
3. JUSTIFICACIÓN:.....	4
4. A QUIEN VA DIRIGIDO:.....	4
5. DEFINICIONES:.....	4
6. NORMATIVIDAD APLICABLE:.....	7
7. RESPONSABLE:.....	8
8. CONTENIDO DEL MANUAL:.....	8
8.1. METODOLOGÍA DE RIESGOS:.....	8
8.2. ESTRUCTURA PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO.....	9
8.3. METODOLOGÍA DE SUBRED SUR.....	10
8.3.1. Conocimiento de la Entidad.....	10
8.3.2. Política de Gestión del Riesgo.....	11
8.3.3. Identificación de Riesgo.....	13
8.3.3.1. Información del proceso.....	13
8.3.3.2. Identificación puntos de riesgos.....	15
8.3.3.3. Identificación Áreas de Impacto.....	15
8.3.3.4. Clasificación (tipología) del riesgo.....	16
8.3.3.5. Descripción del Riesgo.....	19
8.3.3.6. Evaluación del riesgo (Inherente).....	21
8.3.3.7. Determinación de probabilidad.....	22
8.3.3.8. Determinación de impacto.....	22
8.3.4. Diseño del Control.....	24
8.3.4.1. Estructura para la descripción del control.....	24
8.3.4.2. Tipología de controles y los procesos.....	24
8.3.5. Evaluación del control – Atributos.....	24
8.3.6. Estructura de control.....	26
8.3.7. Valoración del Riesgo (riesgo residual).....	27
8.3.8. Tratamiento del Riesgo.....	27
8.3.9. Plan de acción.....	28
8.3.10. Plan de contingencia – Gestión.....	28
8.3.11. Monitoreo y revisión.....	28
8.3.11.1. Niveles de autoridad y responsabilidad (Líneas de defensa).....	28
8.4. LINEAMIENTOS SOBRE LOS RIESGOS RELACIONADOS CON POSIBLES ACTOS DE CORRUPCIÓN.....	31
8.4.1. Identificación del Riesgo de Corrupción.....	31
8.4.2. Lineamientos para la Identificación del riesgo de corrupción.....	32
8.4.3. Alineación con políticas de lucha contra la corrupción.....	32

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2023-03-31 CA-CC-FT-01 V2 Página 2 de 10

Estructura Gestión del Riesgo



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	CIN-FT-03 V2

Dentro de la diversa documentación que debe contar la Subred Sur y para la ejecución y debida administración del Riesgo, se fortaleció la gestión mediante documentos adicionales de varios procesos de la entidad, tales como:

Políticas:

- Política Planeación Institucional
- Política de Control Interno
- Política de Integridad
- Política de Seguridad de la Información
- Política de Prestación de Servicios
- Política de Seguridad del Paciente
- Política de Transparencia – acceso a la información pública y lucha contra la corrupción

Herramientas:

- Matriz Institucional de Riesgos de Gestión **DI-GRI-FT-03** V3 - 2023
- Matriz Institucional de Riesgos de corrupción **DI-GRI-FT-03** V1 - 2023
- Matriz de Seguridad de la Información
- Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano **DI-DE-FT-02** V3 - 2023
- Formato materialización de Riesgos **DE-GRI-FT-01** V1 - 2022

Dichos documentos fortalecen el ciclo de gestión para la debida identificación de los riesgos institucionales, es importante precisar que la entidad cuenta con 3 Matrices definidas para la gestión de los riesgos operacionales, (Gestión y Corrupción) diseñada por el proceso de Direccionamiento Estratégico, y la de Seguridad de la información diseñada por el proceso TIC, evaluadas y aprobadas por el Comité del Sistema Integrado de Administración del Riesgo “SIAR”.

Dentro de la metodología utilizada para la identificación de los riesgos institucionales, el subproceso “ARI” ha desarrollado durante las últimas vigencias diferentes metodologías que favorecen directamente a los procesos en el tratamiento de sus riesgos, tales como:

- Actualización del Enfoque del Subproceso “ARI”
- Mesas de trabajo con todos los procesos de la entidad.
- Diseño, estructura e implementación de fases en las matrices institucionales de riesgo.
- Fortalecimiento de la cultura, apropiación y adherencia a las generalidades de la Administración del Riesgo.
- Socializaciones y capacitaciones enfocadas a riesgos.

Punto importante dentro del subproceso de la administración del riesgo son las tres (3) líneas de defensa (autoridad y responsabilidad) con las que cuenta la entidad, enfocadas a realizar seguimientos, monitoreos y evaluaciones a los riesgos institucionales; en el caso de la primera línea son los líderes y gestores de cada proceso los responsables de ejecutar las acciones que mitigan la probabilidad e impacto que conlleva un evento desfavorable afectando de manera económica y reputacional la entidad; la segunda línea desarrollada por el equipo “ARI”, se encarga de realizar el monitoreo y la debida ejecución de los controles mediante las actividades, los análisis y documentos allí soportados por cada líder, y por ultimo evaluando la gestión de los riesgos interactúa la oficina de Control Interno conforme a su autoridad como tercera línea de defensa, realizándolo mediante varios mecanismos internos del proceso, uno de ellos es el Plan de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano “PAAC” diseñado y formulado para cada vigencia conformado por 6 componentes establecidos por la función pública, y que tiene como funcionalidad evaluar el desarrollo de las dos primeras líneas de defensa, aparte de verificar el componente de gestión de los riesgos de corrupción de la entidad.

Otro mecanismo de acción que tiene el subproceso “ARI” para ejecutar y administrar los riesgos institucionales es el aplicativo de ALMERA, el cual tiene como objetivo complementar y estructurar

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E. S. E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	CIN-FT-03 V2

metódicamente los riesgos por proceso, en esta plataforma se puede apreciar la ficha técnica de cada riesgo, su análisis integral, la ejecución y evaluación de los controles de forma tanto cualitativa como cuantitativa, planes de acción, ayudando a catalogar la probabilidad y el impacto que estos pueden tener sobre los procesos y directamente sobre la entidad. y por último la creación y diseño del módulo de materialización el cual aporta mediante su alerta temprana el reporte de los eventos desfavorables.

Dentro de las actividades integrales y normativas de la entidad existe un comité denominado “Sistema Integral de Administración del Riesgo SIAR” establecido bajo Resolución N° 616 actualizada el 30 de junio de 2023, el cual sesiona con una periodicidad cuatrimestral teniendo como principales objetivos, apoyar a la junta directiva en materia de control y gestión de riesgos e impulsar el establecimiento de una cultura de riesgos que asegure la consistencia del sistema. Así mismo, Validar e informar a la línea de aseguramiento estratégico los resultados obtenidos en la gestión integral del riesgo en el marco de la estructura funcional por subsistemas, con énfasis en el nivel de exposición, severidad, desviaciones y plan de tratamiento; así permitiendo el logro de los objetivos estratégicos de la entidad. En ejercicio del Comité citado y en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, creado el 12 de marzo de 2019 y modificado el bajo resolución 660 del 21 de junio del 2021 se ponen al tanto el desarrollo y las actividades a cumplir, se emiten reportes, actualizaciones, operaciones y demás factores de carácter integral con relación a la Administración institucional de los Riesgos.

Dentro del desarrollo que tiene la Administración de los Riesgos que acorde a normativa se deben formular a fin de acatar el cumplimiento de los lineamientos emitidos por los diferentes entes de control como los que establece la Superintendencia Nacional de Salud “SNS” en sus circulares 045, 053 y 055 en desarrollo a temas de SICOF y SARLAFT, al igual que la identificación de los Subsistemas allí mencionados; de igual forma se cumplen la directriz de la Circular Externa 0009 del 21 de abril de 2016 “Por la cual se imparten Instrucciones relativas al Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y la Financiación del terrorismo SARLAFT”. La Subred Sur cuenta con un Manual del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo SARLAFT, aprobado por Junta Directiva mediante Acuerdo 22 del 16 de diciembre de 2016. Así mismo se estable el procedimiento Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT) **DI-GRI-PR-01 V1**.

En facultades por la Junta directiva se realiza la elevación y nombramiento del Oficial de Cumplimiento de SARLAFT/FPADM a la Jefe de Oficina asesora de Desarrollo Institucional y como suplente profesional universitario código 219 grado 19 soportado mediante **Acuerdo N° 019 del 31 de marzo de 2023**. Al igual que mediante **Resolución N° 234 del 17 de marzo de 2023** se designa el responsable del subsistema de la administración del riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude (SICOF) a la Oficial de Cumplimiento a la Jefe de Oficina asesora de Desarrollo Institucional, la cual cumple los criterios para asumir las obligaciones y responsabilidades descritas en dicha resolución.

Frente a los objetivos del proceso de Direccionamiento Estratégico y en ejercicio del Subproceso de Administración del Riesgo, se cuentan con acciones y metas definidas que se han venido desarrollando dentro de las vigencias 2019 a 2023.

Política y Manual de Riesgos:

- Lograr una apropiación del 80% del conocimiento en generalidades de la Gestión de Riesgo y Plan Anticorrupción y Atención al ciudadano – PAAC a los grupos de valor y USS priorizados.

La acción desarrollada para el cumplimiento de la actividad obedece a socializaciones con enfoque a riesgos, donde se abarcaron 3 módulos de estudio: generalidades de la gestión del riesgo (lineamientos institucionales, política, Manual.), metodología (identificación, tipologías, estructura y valoración de riesgos) y PAAC (componentes).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	CIN-FT-03 V2

Mapa de Riesgos:

- Identificar, analizar, evaluar y tratar los riesgos por cada vigencia en cada uno de los procesos de la entidad.
- Diseño, estructura y seguimiento a la ejecución de los controles asociados a cada riesgo institucional.
- Implementación del módulo de “Materialización”

Anualmente se vienen realizando mesas de trabajo con cada uno de los procesos de la entidad, con el fin de actualizar, identificar y definir los riesgos institucionales a tratar dentro de cada vigencia, siendo una de las operaciones fundamentales la de revisar la descripción, desempeño y sus criterios evaluativos de los controles efectuados para mitigar y/o minimizar la materialización del riesgo.

Frente a cada materialización el subproceso de administración del riesgo ejerce un mecanismo de acción, el cual tiene un alcance a desarrollar internamente, iniciando desde el diligenciamiento del formato DE-GRI-FT-01-V1, el reporte y análisis de primera y segunda línea de defensa en el aplicativo ALMERA y los planes de acción desarrollados por cada proceso con el fin de mitigar el impacto y la probabilidad de materialización del riesgo materializado, posterior a ello se registran los eventos desfavorables en el módulo de materialización desarrollado durante el primer semestre del 2023 el cual contiene planes de contingencia diseñado para cada riesgo y que son tratados por cada proceso y finalmente se revisan y ajustan los controles y sus posibles fallas que llevaron a afectación.

ALMERA:

La Subred cuenta con un sistema de Gestión Integral “ALMERA”, herramienta que integra la estrategia de la organización con la operación diaria, facilitando la implementación, evaluación y mantenimiento de sistemas de calidad alineándolos con los sistemas de control interno, administración de riesgos entre otros. Dentro de este aplicativo está incorporado un módulo “riesgos” el cual tiene como función agrupar toda la información en materia de identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos por proceso, también aporta la evaluación de indicadores del subproceso.

Como segundo componente este aplicativo fortalece la administración del riesgo mediante información explícita del subproceso, planes de mejoramiento con un desarrollo periódico que recopila actividades que dan respuesta a diversos hallazgos derivados de auditorías por los entes de control tanto internos como externos.

Evaluación de Riesgos:

La Entidad desarrolla anualmente un plan en conjunto alineado con los grupos de valor, denominado PAAC, cuyo objetivo es el de promover estándares de transparencia en la gestión de la entidad, mediante la articulación de las políticas de Gestión del Riesgo, Racionalización de Trámites, Servicio al Ciudadano, Integridad, Estrategia de Rendición de Cuentas, Ley de Transparencia y Acceso a la Información e informa semestralmente la evaluación externa de la entidad sobre el impacto de las actividades de control que se componen de 5 pilares importantes: Ambiente de control, Evaluación del riesgo, Actividades de control, Información – Comunicación, Actividades de monitoreo. Para ellos se cuentan con estas dos herramientas:

- Seguimiento al cumplimiento del PAAC
- Informe parametrizado

Política y Manual de Riesgos:

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E. S. E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	CIN-FT-03 V2

Frente a las socializaciones en los espacios de las Inducciones Generales, reinducciones, ULC y la capacitación de aprendizaje Organizacional -MAO-, se fortaleció la cultura de autocontrol en base a las generalidades en Administración y Gestión del Riesgo, dando como resultado para:

2020: se logra una apropiación en conocimientos adquiridos del 90% para un total de 484 colaboradores capacitados en las unidades priorizadas y una cobertura del 100%, frente a una meta del 80% de apropiación en la respectiva socialización.

2021: se logra una apropiación en conocimiento adquiridos del 95% para un total de 1427 colaboradores capacitados en las unidades priorizadas y una cobertura del 100%, frente a una meta del 80% de apropiación de la respectiva socialización.

2022: se logra una apropiación en conocimiento adquiridos para el primer trimestre del 99.8% para 1.859 colaboradores capacitados en las unidades priorizadas y una cobertura del 100%, con corte al segundo trimestre se capacitaron 164 colaboradores con un porcentaje de apropiación del 87%, frente a una meta del 80% de apropiación de la respectiva socialización.

Fuentes de información aplicativo ALMERA y Plan institucional de capacitaciones del proceso de Talento Humano

Mapa de Riesgos:

De manera anual se realiza la revisión de los mapas de riesgos con cada líder y su equipo de trabajo, actividad que permite la identificación de los riesgos a tratar durante las vigencias, este ejercicio permite actualizar los riesgos ya existentes y fortalecer el diseño de los controles, tal actividad nos arroja el siguiente panorama:

2019: Se identificaron 64 riesgos institucionales, con un total de 64 controles y una efectividad de 89.1% frente a las 7 materializaciones reportadas en la vigencia.

2020: Se identificaron 64 riesgos institucionales, con un total de 64 controles y una efectividad de 90.6% frente a las 5 materializaciones reportadas en la vigencia.

2021: Se identificaron 92 riesgos institucionales, con un total de 80 controles y una efectividad de 89.1% frente a las 7 materializaciones reportadas en la vigencia.

2022: Se identificaron 69 riesgos institucionales, con un total de 148 controles y una efectividad de 95.6% frente a las 3 materializaciones reportadas en la vigencia.

2023: Se identificaron 93 riesgos institucionales, con total de 256 controles y una efectividad de 97.8% frente a 2 materializaciones reportadas en la vigencia, al corte de la información.

Para esta vigencia se realiza un trabajo articulado de acompañamiento y asesoría desde el subproceso de administración del riesgo, en el seguimiento al mapa de riesgos institucionales con cada uno de los líderes de los procesos en donde se incluye dentro de la asesoría y acompañamiento la capacitación en la política, términos, generalidades, metodología de administración y gestión del riesgo, así como, la revisión de formulación e implementación de cada uno de los riesgos, sus causas y la efectividad de cada uno de los controles propuestos en el mapa de riesgos y la propuesta de ajustes en caso de ser necesario.

Dentro de la autoridad y responsabilidad ejercida por las 3 líneas de defensa durante los periodos 2019 a 2023 se realiza el 100% del seguimiento, monitoreo y evaluación correspondiente a los riesgos y sus debidos controles.

ALMERA:

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	INFORME EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O REPORTE DE LEY	CIN-FT-03 V2

En ejercicio de fortalecimiento general del módulo de riesgos para la vigencia 2021, se realiza referenciación comparativa con la Subred Sur Occidente, en la implementación del aplicativo ALMERA en lo relacionado con el módulo con el fin de mejorar su diseño y parametrización de la ficha técnica, para la vigencia 2023 se diseñó el módulo de materialización, a fin de tratar los eventos desfavorables.

Evaluación de Riesgos:

- PAAC:

Para la formulación Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano "PAAC". Se cuenta con una metodología de construcción y elaboración de los componentes que hacen parte del plan, para ello se invita a los grupos de valor de la Subred (usuario familia y comunidad, colaboradores, gobierno, proveedores y servicios tercerizados, medio ambiente, Educación y formación) a un taller participativo, en donde se reciben y consolidan las observaciones y necesidades manifestadas por los diferentes grupos, a su vez también realizamos un Banner el cual se coloca en la página web de la subred con el fin de que toda la comunidad manifieste que actividades fortalecerían y beneficiarían la entidad.

Resultados:

2021: 96.3% de cumplimiento

2022: 99.1% de cumplimiento

2023: 100% primero y segundo cuatrimestre.

Dentro de nuestro ejercicio y en aras de fortalecer el PAAC se solicitó asesoría del Departamento Administrativo de la Función Pública en riesgos de Conflicto de Interés y asesoría de MINTIC en la formulación del mapa de riesgos de seguridad de la información, de igual manera se recibe retroalimentación de los resultados obtenidos en el Análisis sectorial realizado por la Alcaldía Mayor de los resultados obtenidos en el PAAC y mapa de riesgos de corrupción publicado en la página Web de la entidad.

ELEMENTOS DE VERIFICACION DE LAS FORTALEZAS:

1. Política de administración del riesgo **DI-DE-FT-07 V6**
2. Resolución de comité Sistema Integrado de Administración del Riesgo
3. Resolución de comité Institucional de Gestión y Desempeño
4. Resolución de comité CICCI
5. Manual Administración del Riesgo **DI-GRI-MA01 V4**
6. Matriz Institucional de Riesgos de Gestión **DI-GRI-FT-03 V3**
7. Matriz Institucional de Riesgos de corrupción **DI-GRI-FT-03 V1**

Ítems en implementación:

- Establecer un sistema de reporte institucional de incidentes y eventos adverso:

La entidad a través del aplicativo Almera se generó dentro del módulo de riesgos, el correspondiente a seguridad del paciente, en el cual se registran los eventos, adicionalmente permite consulta y revisión de gestión, siendo de conocimiento del personal asistencial para el diligenciamiento.

Información del Evento (Seguridad del Paciente)

Identificación

Fecha reporte: Fecha de ocurrencia:

Unidad en la que ocurre el suceso *

Dirección involucrada *

Servicio involucrado *

Perfil del reportante *

Nombre del paciente *

Apellidos del paciente *

Tipo identificación *

Número de documento de identidad *

Reporte de Eventos: Seguridad del Paciente

Registrar Evento | Tablero

Componentes

Otros parámetros

Estado:

Fecha reporte: entre

Fecha Evento: entre

Usuario:

Especificaciones del reporte

Unidad en la que ocurre el suceso:

Dirección involucrada:

Servicio involucrado:

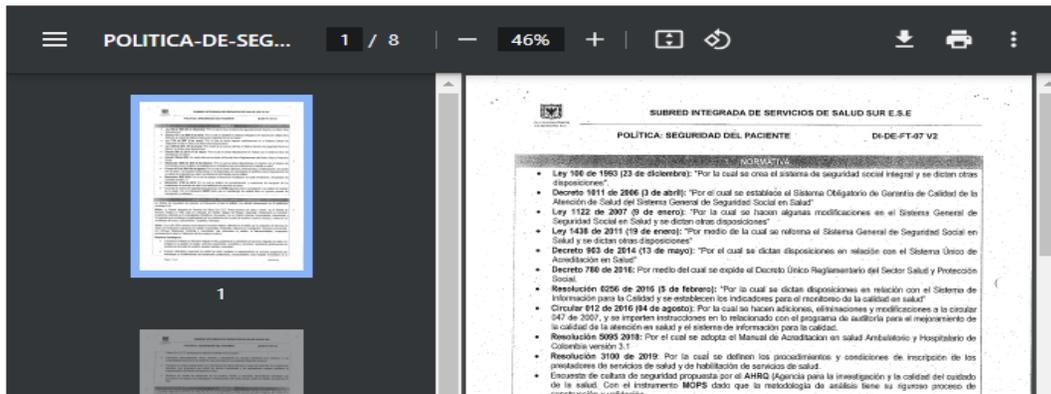
Preclasificación

De acuerdo a lo evidenciado, pre-clasifique el suceso:

- Caracterización de los riesgos existentes en cada uno de los servicios declarados con su respectiva estrategia de prevención (Política de Seguridad del Paciente).

<https://www.subredsur.gov.co/politica-de-seguridad-del-paciente-3/>

POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Riesgo identificado

<input type="checkbox"/>	Gestión de la Calidad	RGE-CA-11 Posibilidad de afectación reputacional y económica por la falta de estrategias de los paquetes instruccionales en la Subred, al no cumplir con la gestión del evento adverso y no contar con los cronogramas de implementación.
--------------------------	------------------------------	--

- Incluir una matriz de priorización de riesgos en salud acorde con los criterios de valoración definidos por la entidad y armonizados con los lineamientos, pautas e instrumentos en salud expedidos por las autoridades competentes en caso de que aplique, y con las prioridades territoriales y poblacionales

La Subred Sur, acorde a requerimiento, cuenta en su matriz de riesgos donde se incluyeron las tipologías de clínico, seguridad del paciente y salud, los cuales cuando se identifiquen serán registrados en la matriz.

Cuadro de Mando ✖ Salir / 63527478

Tipología Seleccione

Factor de riesgo

Descripción del factor

Clasificación del riesgo

Filtrar

Filtrar

Todas Ninguna

Riesgo Ambiental

Riesgo actuarial

Riesgo Clínico

Riesgo de Crédito

Riesgo de fallas en el Mercado de Salud

Riesgo de Mercado de Capitales

Riesgo en Salud

Riesgo inherente | Riesgo residual | Ex | aación | Plan de acción

Evaluación Controles

Información

La matriz de riesgo inherente presenta el estado del proceso antes de aplicar controles

Ocultar

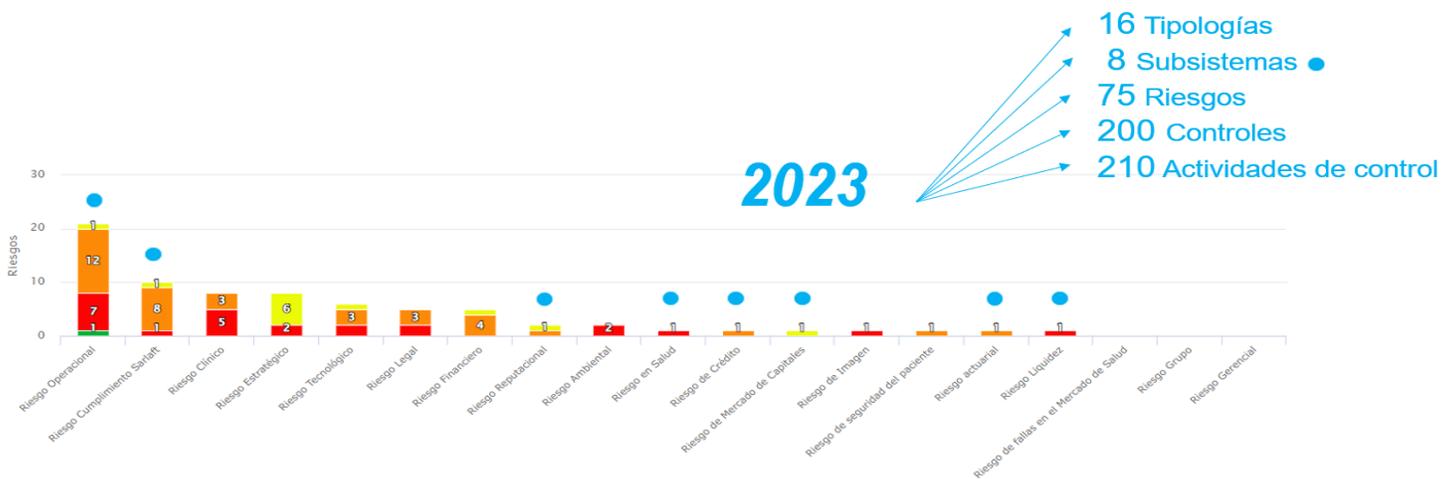
- Definir los límites de tolerancia para cada riesgo o factor de riesgo identificado de forma tal que se establezcan metas de control o mitigación para el sistema de gestión; pero priorizando los recursos sobre aquellos riesgos de mayor importancia

Identificación		Análisis		Controles (2)		Plan de acción	
Riesgo inherente				Riesgo residual			
Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Opción de manejo	Probabilidad	Impacto	Zona de Riesgo	Opción de manejo
Media (60%)	Mayor (80%)	Alto	Aceptar el Riesgo	Baja (40%)	Mayor (80%)	Alto	Aceptar el Riesgo

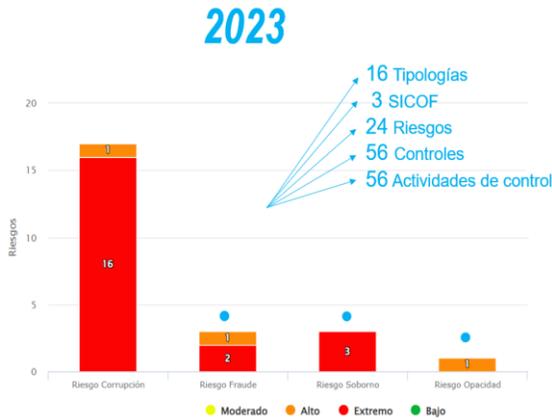
Los riesgos identificados por la entidad, cuenta con los análisis correspondientes y las opciones de manejo.

Para la Vigencia 2023, se realizó identificación de riesgos acorde a las tipologías determinadas en las circulares:

Riesgos de gestión:



Riesgos de Corrupción:



visualizandose así:

Administración del Riesgo Institucional			
#	MACRO	PROCESOS	
1	Estrategia	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	4 1 R. Corrupción
2		GESTIÓN JURÍDICA	1 1 R. Corrupción
3		COMUNICACIÓN ESTRATÉGICA	2 1 R. Corrupción
4		GESTIÓN DE LA CALIDAD	4 - -
5		PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	4 1 R. Corrupción
6		GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN TIC	3 1 R. Corrupción
7		GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	3 1 R. Fraude

Gestión Corrupción

- R. Operacionales
- R. Estratégicos
- R. Mercado de Capitales
- R. SARLAFT
- R. Legal
- R. Imagen
- R. Estratégicos
- R. Seguridad del Paciente
- R. Estratégico
- R. Legal
- R. Regulatorial
- R. Financieros
- R. Tecnológicos
- R. Estratégicos

Administración del Riesgo Institucional			
#	MACRO	PROCESOS	
8	Operación	GESTIÓN SERVICIOS AMBULATORIOS	2 2 R. Corrupción R. Soborno
9		GESTIÓN SERVICIOS HOSPITALARIOS	5 1 R. Corrupción
10		GESTIÓN SERVICIOS URGENCIAS	3 1 R. Corrupción R. Soborno
11		GESTIÓN SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	6 1 R. Opacidad R. Fraude
12		GESTIÓN DE RIESGO EN SALUD	2 1 R. Corrupción

Gestión Corrupción

- R. Clínico
- R. Soborno
- R. Clínico
- R. en Salud
- R. Corrupción
- R. Operacional
- R. Corrupción
- R. Soborno
- R. Operacional
- R. Clínico
- R. SARLAFT
- R. Operacional
- R. Corrupción

Administración del Riesgo Institucional			
#	MACRO	PROCESOS	
13	Apoyo	GESTIÓN TALENTO HUMANO	3 1 R. Corrupción
14		GESTIÓN ADMINISTRATIVA	6 1 R. Corrupción
15		GESTIÓN FINANCIERA	6 2 R. Corrupción R. Fraude
16		GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	3 1 R. Corrupción
17		GESTIÓN AMBIENTAL	2 1 R. Corrupción
18		GESTIÓN DOCUMENTAL	1 1 R. Corrupción
19	Evaluación	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	3 1 R. Corrupción
20		CONTROL INTERNO	1 1 R. Soborno
		SARLAFT	10 - R. SARLAFT

Gestión Corrupción

- R. Seguridad del Paciente
- R. Operacional
- R. SARLAFT
- R. Operacional
- R. Tecnológico
- R. SARLAFT
- R. Financiero
- R. de Crédito
- R. Operacional
- R. Liquidez
- R. SARLAFT
- R. Legal
- R. Actuarial
- R. Financiero
- R. SARLAFT
- R. Ambiental
- R. Operacional
- R. Legal
- R. Operacional
- R. Operacional
- R. SARLAFT

Complementaria a esta identificación se realizó en el aplicativo el modulo de Materialización, para su registro y formulación del plan de contingencia frente al mismo.

3. Parametrización ALMERA

Materialización

Información del Materialización de riesgos (Materialización)

Identificación | Análisis

Fecha reporte: 2023-08-24

Mes del Reporte * Septiembre X ▾

Proceso * Direcciónamiento Estratégico X ▾

Tipología * Riesgo de gestión X ▾

Identificó materializaciones de riesgo * No X ▾

Observaciones: Ninguna

Archivos: Ninguno archivo selec.

Identificación | Análisis

Fecha reporte: 2023-08-24

Mes del Reporte * Septiembre X ▾

Proceso * Direcciónamiento Estratégico X ▾

Tipología * Riesgo de gestión X ▾

Identificó materializaciones de riesgo * Si X ▾

Código del riesgo materializado

Fecha de la materialización *

Descripción del evento (que causo la materialización)

Causa raíz de evento (describa que control no fue efectivo)

¿Qué afectación genero la materialización? * Seleccione una opción ▾

¿Paso en marcha el plan de contingencia? * Seleccione una opción ▾

¿a qué nivel reputacional llevo el evento materializado? Seleccione una opción ▾

¿hubo afectación económica? * Seleccione una opción ▾ (A cuánto ascendió la afectación?)

Descripciones

NO → ← SI

2. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES RESULTADO DE LAS PRUEBAS PRACTICADAS

Acorde a información recopilada a fin de desarrollar el seguimiento del asunto, desde Control Interno, se recomienda:

- ♦ Continuar efectuando revisión periódica, orientada a propender el cumplimiento aplicable a la entidad ajustándose a los requerimientos normativos.

3. ANEXOS: No aplica.

Cordialmente,

Astrid Marcela Méndez Chaparro

ASTRID MARCELA MENDEZ CHAPARRO

Jefe Oficina de Control Interno Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

control.interno.jefe@subredsur.gov.co

Funcionario /Contratista	Nombre	Firma
Proyectado por:	Astrid Marcela Méndez Chaparro Jefe Oficina de Control Interno	
Revisado por:	Astrid Marcela Méndez Chaparro Jefe Oficina de Control Interno	