

MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2018

N°	PROCESO	IDENTIFICACIÓN		CAUSA	CONSECUENCIAS				ANÁLISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO				PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	TERCER CUATRIMESTRE	
		TIPO	RIESGO		CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	IMPACTO DE CREDIBILIDAD E IMAGEN	IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABILIDAD	IMPACTO	NIVEL		OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN	RESPONSABLES DE LA ACCIÓN	INDICADOR	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO		SEGUIMIENTO 3	
																					RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS
1	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Estrategico	Baja cultura en gestion del riesgo	1, Desconocimiento de la política de administración del riesgo	4	4	4	3	4	4	Extremo	Se deben crear para la vigencia	asumir y compartir	Capacitación en riesgos	oficina de Control Interno y planeación calidad	Números de personas capacitadas/ numero de personas programadas	2018/01/01	2018/03/05	primer cuatrimestre	actas de capacitación y registro fotográfico	100%	Se realizo la capacitación en riesgos a cada uno de los referentes que participan en los 14 procesos desde el 14 de febrero hasta el 27 soportes actas
														construcción del mapa de riesgos por procesos	oficina de Control Interno y planeación calidad	Numero de procesos con mapa de riesgos/ Numero de procesos institucionales	2018/01/01	2018/03/02	primer cuatrimestre	mapa de riesgo por procesos	100%	http://www.hmg.gov.co/publicaciones/Mapaderiesgos2018Procesos.pdf
														Seguimiento al mapa de riesgos publicado en pagina web	oficina de Control Interno	mapa de riesgos publicado	2018/01/01	2018/12/31	continuo	mapa de riesgos publicado	100%	se evidencia el seguimiento correspondiente a lo programado para la vigencia de 2018
2	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Estrategico	desconocimiento del Plan anticorrupción y de atención al usuario	1, Desconocimiento de la norma de anticorrupción	4	4	4	2	3	4	alto	Se deben crear para la vigencia	asumir y compartir	creación del plan anticorrupción y de atención al usuario	planeación y calidad	plan anticorrupción de atención al usuario publicado	2018/01/01	2018/01/31	primer cuatrimestre	plan anticorrupción de atención al usuario publicado	100%	http://www.hmg.gov.co/publicaciones/PLAN%20ANTICORRUPCION%202018_.pdf
														socialización del plan del plan anticorrupción y de atención al usuario en comité de control interno	planeación y calidad, representante de comité MECI	Acta comité MECI	2018/01/01	2018/01/31	primer cuatrimestre	Acta comité MECI	100%	Se realizo la socialización del Plan Anticorrupción Y Atención al ciudadano el 8 de febrero en el Comité de MECI
														seguimiento del plan anticorrupción y de atención al usuario publicado en la WEB	oficina de Control Interno	seguimiento al plan publicado en la web	2018/01/01	2018/12/31	continuo	seguimiento al plan publicado en la web	100%	Se realizo el seguimiento y la publicación del PAAC http://www.hmg.gov.co/publicaciones/EVALUACION%20PLAN%20ANTICORRUPCION%20I%20CUATRIMESTRE%202018.pdf
																			100%			
3	Gestión de Servicios Ambulatorios	Tecnológico	Fallas en el sistema tecnológico institucional	1. Falta de optimizaciones sistema DGH 2. Cortes de Luz 3. Insuficiente recurso humano para el soporte técnico DGH	5	4	4	4	5	4	Extremo	1. Llamado telefónico al proceso de Tic's 2. Plan de Contingencia (Manejo de Formatos Físicos Institucionales)	Asumir y Transferir	1. Socialización del plan de contingencia	Coordinación de Odontología . Coordinación de Consulta externa , Referentes de Centros y Puestos y Subgerencia Comunitaria	N° de Personas Capacitadas /N° Total de Personal a Capacitar x100	2018/02/28	2018/04/30	Primer Cuatrimestre	1. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotografico	NA	Se cumplió en el primer cuatrimestre
														2. Simulacro de Plan de Contingencia	Invitación al Simulacro	2018/05/01	2018/08/31	Segundo Cuatrimestre	2. Invitación al Simulacro	100%	Se llevo acabo el Plan de Contingencia en el momento del corte de luz.	
														3. Informe de Adherencia Del Plan de Contingencia	Informe Escrito de la Medición de Adherencia del Plan de Contingencia	2018/09/01	2018/12/31	Tercer Cuatrimestre	3. Informe Escrito del Resultado	100%	Se realizo seguimiento a los formatos que se implementaron en el simulacro y a la reprogramación de citas.	
4	Gestión de Servicios Ambulatorios	De cumplimiento	Inoportunidad en la Asignación de Citas de Acuerdo al Marco Legal	1. Capacidad instalada Insuficiente 2. Dificultad en la contratación de Especialistas	2	5	2	2	3	2	Moderado	1. Control de Agendas 2. Aumento de Horas Profesionales	Asumir y Transferir	1. Optimización de Alertas de DGH Frente a Inasistencias	Coordinación de Odontología . Coordinación de Consulta externa , Referentes de Centros y Puestos y Subgerencia Comunitaria	N° de Alertas Implementadas / N° total de alertas Programadas x100	2018/03/01	2018/05/01	Primer Cuatrimestre	1. Pantallazos de las Alertas Implementadas	50%	Se implemento en DGH. Net el bloqueo para las inasistencia de los paciente, siempre y cuando se diligencie el formato de inasistencia pero aun esta en construcción las alertas,
														2. Capacitar y Sensibilizar al Personal de Facturación Frente al Proceso de	Líder de Facturación	N° de Personas Capacitadas /N° Total de Personal a Capacitar x 100	2018/03/01	2018/12/31	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico	80%	el área de facturación realiza capacitación al personal de facturación de acuerdo a las diferentes actualizaciones.
														3. Asignación de Profesional en los Centro y Puestos de Salud de Acuerdo a la Oferta	Referentes de Centros, Puestos y Subgerencia Comunitaria	Informe de Medición de Horas Profesionales Cubiertas en las Sedes	2018/03/01	2018/12/31	Continuo	3. Informe de Medición de Horas Profesionales Cubiertas en las Sedes Asistenciales	100%	se realizo el consolidado de las horas profesionales, dando un cumplimiento de horas cubiertas de acuerdo a la necesidad del servicio.

MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2018

																				TERCER CUATRIMESTRE		
N°	PROCESO	IDENTIFICACIÓN			CONSECUENCIAS				ANÁLISIS				CONTROLES EXISTENTES	MANEJO				PLAZO		REGISTRO DE EVIDENCIA	SEGUIMIENTO 3	
		TIPO	RIESGO	CAUSA	CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	IMPACTO DE CREDIBILIDAD E IMAGEN	IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABILIDAD	IMPACTO	NIVEL	OPCIÓN DE MANEJO		ACCIÓN	RESPONSABLES DE LA ACCIÓN	INDICADOR	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO		RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS
5	Gestión de Servicios Ambulatorios	Operativo	Fallas en la Calidad del Registro de los Rips	1. Inadecuado Diligenciamiento de la Información 2. Inoperancia del Sistema de Información 3. Falta de Entrenamiento y Competencias del Personal	5	5	3	3	5	5	Extremo	1. Se Inicia Proceso de Controles para la Vigencia	Compartir o Transferir	1. Retroalimentación de las Fallas que se Presentan en el Registro de Rips	Coordinación de Odontología , Coordinación de Consulta externa , Referentes de Centros, Puestos y Subgerencia Comunitaria , Subgerencia Administrativa y Gestión de Tic's	Reunión de Socialización de los Hallazgos en el Registro de Rips	2018/03/01	2018/05/01	Primer Cuatrimestre	1. Acta de Reunión de las socialización de Hallazgos en el Registro de Rips	100%	Se esta realizando la Retroalimentación de las Fallas que se Presentan en el Registro de Rips por parte de la subgerencia comunitaria al área de facturación.
6	Gestión de Servicios Ambulatorios	Operativo	Inasistencia de pacientes a consultas	1. No Cumplimiento de requisitos para asignación de las citas	5	4	1	4	5	4	Extremo	1. Llamada Telefónico al Paciente el día Anterior	Asumir y Transferir	1. Actualización de datos personales durante la solicitud de servicios	Coordinación de Odontología , Coordinación de Consulta externa , Referentes de Centros, Puestos y Subgerencia	Seguimiento a la Actualización de Datos Personales del Paciente	2018/05/01	2018/12/31	Continuo	1. Informe de Seguimiento	100%	Por parte del área de facturación se esta realizando la actualización de datos personales durante la solicitud de servicios.
														2. Revisión de requisitos para asignación de citas	Coordinación de Odontología , Coordinación de Consulta externa , Referentes de Centros, Puestos y Subgerencia Comunitaria , Referente de Facturación	Seguimiento a la Actualización de Datos Personales del Paciente	2018/05/01	2018/12/31	Continuo	2. Informe de Seguimiento	100%	Por parte del área de facturación se esta realizando la revisión de requisitos para asignación de citas
														3. Sensibilización a los pacientes Frente a su inasistencia	Coordinación de Odontología , Coordinación de Consulta externa , Referentes de Centros, Puestos y	N° de Charlas Educativas Orientadas / N° de Charlas Educativas Planeadas	2018/02/28	2018/12/31	Continuo	3. Guion y Registro Fotográfico	100%	por parte del referente de consulta externa se envía el listado de inasistencia a SIAU para que realice la sensibilización a los pacientes frente a su inasistencia
																				92%		
7	Gestión de Servicios de Salud en Urgencias	De Cumplimiento	Inoportunidad en la Atención de Urgencias	1. Mala Clasificación del Triage 2. Demoras en los Tiempos de Atención	4	4	5	2	3	4	Extremo	1. Estrategia Organizacional de la Referencia del Proceso 2. Cambios estructurales dentro del Proceso	Asumir y Compartir	1. Realizar Ajustes de Actividades en la Parte Contractual , Para Asumir el Desarrollo Efectivo del Compromiso Adquirido	Referente de Urgencias , Referente de Juridica	Comparativo de las Obligaciones existentes VS las Solicitadas	2018/02/28	2018/04/30	Primer Cuatrimestre	1. Primer Contrato con Actualización de Obligaciones	100%	Se llevo acabo la revisión de los obligaciones contractuales en referencia al trabajo misional
														2. Realizar Inducción Al Personal Frente al Proceso Institucional	Referente de Urgencias / Recursos Humanos	N° de Personas Capacitadas / Total de Personas a Capacitar x100	2018/02/28	2018/12/31	Continuo	2. Indicador con Seguimiento y Actas de Socialización	100%	Se realizó la capacitación al grupo de enfermería de áreas asistenciales para el segundo Cuatrimestre, Servicios de Urgencias Hospitalización, Pediatría, quirúrgicos y tripulación de ambulancias.
8	Gestión de Servicios de Salud en Urgencias	Operativo	Fallas en el Sistema Tecnológico Institucional	1. Falta de Optimizaciones Sistema DGH 2. Cortes de Luz 3. Insuficiente Recurso Humano Para el Soporte	5	4	4	4	5	4	Extremo	1. Llamado Telefónico al Proceso de Tic's 2. Plan de Contingencia (Manejo de Formatos Físicos Institucionales)	Asumir y Transferir	1. Simulacro de Activación de Plan de Contingencia	Referente de Urgencias, Referente de Sistemas	Informe de Actividad del Simulacro	2018/05/01	2018/08/30	Segundo Cuatrimestre	1. Informe de Actividad del Simulacro, con Registro Fotográfico	100%	Se socializaron los formatos que se tienen en caso del corte de luz, al grupo de enfermería, médicos, y laboratorio en el caso de medicamentos.
9	Gestión de Servicios de Salud en Urgencias	Operativo	No Contar con transporte medicalizada	1. No Contar con los Rec	2	4	2	3	5	5	Extremo	1. Red de Información con el Area de Referencia y Contrareferencia 2. Apoyo con el CRUE	Asumir y Transferir	1. Realizar la Justificación de la Necesidad de Adquirir el Transporte Medicalizado Ante y Radicar ante la Gobernación de Cundinamarca (SSC)	Referente de Urgencias /Gerencia	Solicitud Radicada Ante Gobernación de Cundinamarca (SSC)	2018/02/28	2018/08/30	Segundo Cuatrimestre	1. Solicitud Radicada Ante Gobernación de Cundinamarca (SSC)	100%	Se entrego la documentación pertinente para el proceso que esta realizando la Secretaría de Salud para la adjudicación de la ambulancia medicalizada
																				100%		
10	Gestión De Servicios Hospitalarios	Operativo	Fallas En El Sistema Tecnológico Institucional	1. Falta De Optimización Del Sistema DGH 2. Cortes de Luz 3. Insuficiente Recurso Humano Para El Soporte Técnico DGH	5	4	4	4	5	4	Extremo	1. Llamado Telefónico al Proceso de Gestión de Tic's 2. Plan de Contingencia (Manejo de Formatos Físicos Institucionales)	Asumir y Transferir	1. Simulacro de Activación de Plan de Contingencia	Referente de Enfermería, Referente de Sistemas	Informe de Actividad del Simulacro	2018/05/01	2018/08/30	Segundo Cuatrimestre	1. Informe de Actividad del Simulacro con Registro Fotográfico	100%	Se realizo el simulacro plan de contingencia por corte de luz; la apertura de historia clínica física por parte de los profesionales formulación de medicamentos, ordenes para laboratorio, imágenes diagnosticas y pedido de medicamento por enfermería.

MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2018

N°	PROCESO	IDENTIFICACIÓN			CONSECUENCIAS			ANÁLISIS			NIVEL	CONTROLES EXISTENTES	MANEJO				PLAZO				TERCER CUATRIMESTRE	
		TIPO	RIESGO	CAUSA	CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	IMPACTO DE CREDIBILIDAD E IMAGEN	IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABILIDAD	IMPACTO			OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN	RESPONSABLES DE LA ACCIÓN	INDICADOR	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO	REGISTRO DE EVIDENCIA	RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS
11	Gestión De Servicios Hospitalarios	Operativo	Falta de Medición de Adherencia a Protocolos Institucionales	1. Fallas en la Clasificación de las Competencias del Personal 2. Desconocimiento de Protocolos Institucionales	4	4	3	2	3	3	Alto	Se crearán para la vigencia	Asumir	1. Identificación de Protocolos Actualizados	Referente de Enfermería	Oficio de Solicitud de Protocolos Institucionales	2018/02/28	2018/04/30	Segundo Cuatrimestre	1. Oficio de Solicitud de Protocolos Institucionales	NA	Se realizó en el primer cuatrimestre
														2. Priorización de los Protocolos a los Cuales se les Realizara Medición de Adherencia	Referente de Enfermería	Acta de Enfermería de la Entrega de la Priorización de los Protocolos	2018/02/28	2018/04/30	Segundo Cuatrimestre	2. Acta de Enfermería de la Entrega de la Priorización de los Protocolos	NA	se realiza la socialización del protocolo recibo y entrega de turno y de la toma de signos vitales realizada a través de evaluaciones
														4. Informe de Adherencia a los Protocolos Institucionales de Enfermería	Referente de Enfermería	Informe de Adherencia a los Protocolos Institucionales de Enfermería	31/11/2018	2018/12/31	Cuarto Cuatrimestre	4. Informe de Adherencia a los Protocolos Institucionales de Enfermería	100%	se realizó la medición de los protocolo de enfermería para el 18 de noviembre y 20 de diciembre.
														3. Socialización e Implementación del indicador Giro Cama	Referente de Enfermería	N° de Protocolos Socializados / N° de Protocolos a Socializar	2018/05/01	31/11/2018	Continuo	3. Indicador con Análisis		
12	Gestión De Servicios Hospitalarios	Operativo	Falta de Medición Giro Cama	1. Demoras en la Desinfección de las Unidades 2. Fallas en el procedimiento de traslado interinstitucional	3	4	3	3	4	3	Extremo	Se crearán para la vigencia	Asume y Comparte	1. Referenciación Frente a Giro Cama en las Instituciones de la Red	Referente de Enfermería, Referente de Salas y Referente de Urgencias, Referente de Cirugía	Informe de Referenciación	2018/02/28	2018/04/04	Primer Cuatrimestre	1. Informe de Referenciación	100%	En los macro comité se esta organizando los tiempo de hospitalización para realizar el seguimiento Frente a Giro Cama.
														2. Procedimiento frente a Giro cama de la Institución	Referente de Enfermería, Referente de Salas y Referente de Urgencias	Procedimiento Aprobado	2018/05/01	2018/08/30	Segundo Cuatrimestre	2. Procedimiento Aprobado		
														3. Socialización e Implementación del indicador Giro Cama	Referente de Enfermería, Referente de Salas y Referente de Urgencias	N° de Egresos en los Servicios / N° de Camas Habilitadas y Disponibles	2018/09/01	2018/12/31	Cuarto Cuatrimestre	3. Ficha de Indicador con Análisis		
100%																						
13	Gestión De Servicios Quirúrgicos	Operativo	Equivocaciones de pacientes o de sitio quirúrgico (demarcación de sitio quirúrgico)	1. Fallas en Aplicación de Doble Lista de Chequeo 2. Fallas en la Adherencia al Procedimiento Preparación Pre Quirúrgica	4	4	5	3	1	3	Moderado	1. Lista de Chequeo 1. Identificación de los Pacientes 3. Historia Clínica 4. Rondas de Seguridad	Asumir	1. Socialización de los Procesos Quirúrgicos	Referente de Procesos Quirúrgicos	N° de Socializaciones Realizadas/N° de Socializaciones Programadas	2018/02/28	2018/04/30	Primer Cuatrimestre	1. Registro fotográfico y Actas de Capacitación	NA	Actividad realizada en el primer cuatrimestre
														2. Medición de Adherencia	Referente de Procesos Quirúrgicos	Informe de porcentaje de Adherencia del Procedimiento Preparación Pre Quirúrgica	2018/05/01	2018/08/30	Segundo Cuatrimestre	2. Informe de Porcentaje de Adherencia del Procedimiento Preparación Pre Quirúrgica	100%	Se realiza auditoria a 60 historias clínicas para validar la adherencia de la lista de chequeo que se aplica antes del ingreso a salas de cirugía con un porcentaje de cumplimiento del 99%.
14	Gestión De Servicios Quirúrgicos	Operativo	Cancelación de Procedimientos Quirúrgicos	1. Disponibilidad de Materiales e Insumos. 2. Mala Preparación del Paciente 3. Disponibilidad del Especialista 4. Falta de Requisitos Pre-Quirúrgicos. 5. Fallas Técnicas en Equipos Biomédicos.	4	4	5	3	5	2	Alto	1. Historia Clínica 2. Lista de Chequeo de Pacientes a Salas de Cirugía 3. Cuadros de Turno 4. Formato de Solicitud de Material de Osteosíntesis 5. Formato de Verificación de Equipos Biomédicos	Asumir	1. Estadística de Salas Quirúrgicas	Referente de Procesos Quirúrgicos	Numero de Cirugías	2018/02/28	2018/12/31	Continuo	1. Informe de causas de cancelación de cirugías.	100%	El porcentaje de cancelación de cirugías para el año 2018 se encuentra en el 7% evidenciándose que los motivos mas frecuentes son alteraciones medicas e inasistencia, con este porcentaje se da cumplimiento al indicador máximo del 10%
15	Gestión De Servicios Quirúrgicos	Operativo	Fallas en la Identificación de Pacientes	1. Falta de Insumos. 2. Datos Incompletos. 3. Desconocimiento del Protocolo de Identificación.	4	4	3	2	2	2	Bajo	1. Protocolo de Identificación de Pacientes. 2. Manillas de Identificación. 3. Rondas de Seguridad	Asumir	1. Socializar el Protocolo de Identificación de Pacientes	Referente de Procesos Quirúrgicos	N° de Socializaciones Realizadas/ N° de Socializaciones Programadas	2018/05/01	2018/08/30	Segundo Cuatrimestre	1. Actas de Socialización y Registro Fotográfico	100%	En la vigencia se realizaron 2 socializaciones del 21 de marzo de 2018 y el 07 de julio de 2018 a los funcionarios de enfermería e instrumentación quirúrgica.
														2. Medición de Adherencia al Protocolo de Identificación de Pacientes	Referente de Procesos Quirúrgicos	Porcentaje de Adherencia del Protocolo de Identificación de Pacientes	2018/09/01	2018/12/31	Tercer Cuatrimestre	2. Informe de Porcentaje de Adherencia del Protocolo de Identificación de Pacientes	100%	Se realizan rondas de seguridad del paciente donde se evidencia el cumplimiento del protocolo, listas de chequeo aplicadas a pacientes del servicio de salas de cirugía aplicada
														1. Socializar el Procedimiento de Riesgo de Caídas	Referente de Procesos Quirúrgicos	N° de Socializaciones realizadas/N° de Socializaciones Programadas	2018/02/28	2018/04/30	Segundo Cuatrimestre	1. Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	NA	Actividad realizada en el segundo cuatrimestre

MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2018

N°	PROCESO	IDENTIFICACIÓN		CAUSA	CONSECUENCIAS			ANÁLISIS			NIVEL	CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			INDICADOR	PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	TERCER CUATRIMESTRE	
		TIPO	RIESGO		CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	IMPACTO DE CREDIBILIDAD E IMAGEN	IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABILIDAD	IMPACTO			OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN	RESPONSABLES DE LA ACCIÓN		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO		RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS
16	Gestión De Servicios Quirúrgicos	Operativo	Ocurrencia de Caídas de Pacientes	1. No identificación de Riesgo de Caídas 2. Desconocimiento del Procedimiento de Riesgo de Caídas.	4	4	2	2	2	2	Bajo	2. Formato de Riesgo de Caídas (niños y Adultos) 3. Rondas de Seguridad del Paciente 4. Historia Clínica	Asumir	2. Medición de adherencia al protocolo de riesgo de caídas	Referente de Procesos Quirúrgicos.	Informe de Porcentaje de Adherencia del Protocolo de Riesgo de Caídas	4334400%	4346500%	Tercer Cuatrimestre	1. Informe de Porcentaje de Adherencia del Protocolo	100%	De acuerdo a la ficha del indicador no se han presentado caídas en el servicio de salas de cirugía por lo tanto se da un cumplimiento del 100% en la adherencia del protocolo de caídas.
																				100%		
17	Enlace con el Usuario , Familia y Comunidad	Financiero y Operacional	Fallas en la Definición de Líneas de Pago	1. No Validación Oportuna de la Seguridad Social en Salud	4	4	19	3	3	3	Alto	1. Validadores de Derechos 2. Censos Diarios 3. Autorizaciones De Facturación	Asumir y Compartir	1. Creación de Procedimiento : Elaboración de Pagares	Facturación , Tesorería, Subgerencia Administrativa y SIAU , Planeación y Calidad	Procedimiento Aprobado	2018/02/28	2018/04/30	Primer Cuatrimestre	1. Procedimiento Aprobado	NA	Se realizó en el segundo cuatrimestre
													Asumir y Compartir	2. Implementación del procedimiento de elaboración de pagares	Facturación , Tesorería, Subgerencia Administrativa y SIAU	N° de Personas Capacitadas / N° de Personas a Capacitar	2018/05/01	2018/08/30	Segundo Cuatrimestre	2. Actas de Socialización y Registro Fotográfico	100%	El área de facturación y cartera están recopilando los pagares que se generan y realizan la gestión pertinente
													Asumir y Compartir	3. Cobro coactivo de pagares firmados	Líder de Gestión de Recursos Financieros	Seguimiento a Gestión realizada a para el cobro de Pagares	2018/09/01	2018/12/31	Continuo	3. Seguimiento a Gestión realizada a para el cobro de Pagares	100%	se esta realizando seguimiento a los pagares que son de difícil recaudo y revisando el ajuste contable pertinente
18	Enlace con el Usuario , Familia y Comunidad	De Cumplimiento	Inoportunidad en la Respuesta a las PQRSDF	1.Desconocimiento dela Norma 2. Falta de Compromiso Institucional	4	4	20	3	4	5	Extremo	1. Medición de Tiempos de Respuesta	Asumir y Compartir	1. Codificación de los Procedimientos de SIAU	Planeación y Calidad	Documento Codificado	02/28/2018	2018/04/30	Primer Cuatrimestre	1.Documentos Publicados	NA	Se realizó en el segundo cuatrimestre
													Asumir y Compartir	2. Socialización de los Procedimientos de SIAU	Coordinadora de SIAU	Capacitadas / N° de Personas a Capacitar	02/28/2018	2018/04/30	Primer Cuatrimestre	2. Actas de Socialización y Registro Fotográfico	NA	Se realizó en el segundo cuatrimestre
													Asumir y Compartir	Ficha técnica para Medición de Calidad de la Respuesta	Coordinadora de SIAU	% en la medición de calidad de respuesta	2018/05/01	2018/12/31	Continuo	3. Ficha Técnica y Análisis	100%	Se realiza la socialización en los macro comités todo los correspondiente a respuesta de PQRS
19	Enlace con el Usuario , Familia y Comunidad	Operacional	Incumplimiento de actividades por falta de recurso tecnológico	1. Falta de Equipos de Computo	2	4	21	4	5	5	Extremo	Se Crearán Para la Vigencia	Asumir y Compartir	1. Solicitud de equipos de computo	Coordinadora de SIAU	Solicitud Radicada	02/28/2018	2018/04/30	Primer Cuatrimestre	1. Solicitud Radicada	NA	Se realizó en el segundo cuatrimestre
																				100%		
20	Gestión de TIC's	Estratégico y Operativo	Perdida de la Información DGH. Net	1. Daño Físico de los equipos 2. Robo de equipos 3. Ataque Informático	5	5	5	5	1	5	Alto	1. Dos Copias de Seguridad de la Base de Datos del sistema de información diario cada 12 Horas 2. Copia semanal en medio externos a la entidad	Asumir	1. Copia de Cierre Mensual	Referente de Gestión de Tic's	Certificación LOG de DGH.Net	2018/02/28	2018/12/31	Continuo	1. Certificación LOG de DGH.Net	100%	Se realizado durante el III Cuatrimestre de 2018, un total de 240 copias de seguridad del Sistema de Información Dinámica Gerencial .NET, Frente a las copias de DGH.NET en medios externos, se han realizado un total de 17 copias, proceso que se realiza todos los viernes de forma manual a las 2.00 p.m.

MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2018

N°	PROCESO	IDENTIFICACIÓN			CONSECUENCIAS			ANÁLISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	TERCER CUATRIMESTRE			
		TIPO	RIESGO	CAUSA	CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	IMPACTO DE CREDIBILIDAD E IMAGEN	IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABILIDAD	IMPACTO		NIVEL	OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN	RESPONSABLES DE LA ACCIÓN	INDICADOR	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO	RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS
21	Gestión de TIC's	Operativo	Inoportunidad en el Reporte de Información a Entes de Control.	1. Desconocimiento de las Fechas de Reporte 2. Cambios en la Normatividad 3. Dificultades en la Consolidación de la Información.	5	5	5	3	2	4	Alto	1. Normograma Actualizado 2. Matriz de Entes externos	Asumir y Compartir	1. Circular Informativa Respecto a la Responsabilidad de Actualización del Normograma	Control Interno	Circular Publicada	2018/02/28	2018/04/30	Primer Cuatrimestre	1. Circular Publicada	100%	Desde el área de sistemas se hace el seguimiento a los siguientes reportes de información: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL - SIMO (INFORME TRIMESTRAL - INFORME SEMESTRAL - INFORME ANUAL - DECRETO 2193-2016 CIRCULAR 030) ; CARTERA SIMO ; FARMACIA RIPS RESOLUCIÓN 0200 ; CONTRALORIA DEPARTAMENTAL - RENDICIÓN CUENTA ANUAL Y MENSUAL ; CONTRALORIA DEPARTAMENTAL S/A OBSERVA - SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA AGENCIAS ESTRATÉGICAS, SEGUIMIENTO AL P.A.S. SUPERVISALUD CIRCULAR 014-2016, CIRCULAR 009-2015 ; GERENCIA SUPERVISALUD RENDICIÓN DE CUENTAS ; SUPERVISALUD CIRCULAR ÚNICA, 071 - 507 - SUPERVISALUD CIRCULAR 009-2016 - SARIAP ; SUPERVISALUD CIRCULAR 012-2016 - ST-007 - CALIDAD ; PAMIC ; ST-008 - FACTURACIÓN ; ET-002 CONTABILIDAD ; ET-005 CONTABILIDAD 22 de 22 informes a reportar
																					2. Socialización del Porcentaje de la Oportunidad de Reportes de Obligatorio Cumplimiento	Referente de Gestión de TIC's / Control Interno
22	Gestión de TIC's	Operativo	Caida del sistema y conectividad	1. Fallas de energía en las	4	4	1	3	4	3	Alto	1. Cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo. 2. Plan de contingencia institucional.	Asumir	1. Construcción de Bitácora de Trabajo	Referente de Gestión de TIC's	Bitácora de Trabajo	2018/02/28	2018/12/31	Continuo	1. Bitácora de Trabajo	100%	Para el Tercer cuatrimestre de 2018, se programaron un total de 170 actividades dentro del Plan de Trabajo del área de sistemas, que se ejecutaron en su totalidad desde el proceso de gestión de TIC's.
23	Gestión de TIC's	Operativo	Fallas en la calidad de la información que sale a los medios de comunicación	1. Desconocimiento del Manual de Comunicaciones	4	5	3	3	4	3	Alto	Se Crearan Para la Vigencia	Asumir y Compartir	1. Actualización del Manual Comunicaciones Frente a la Cadena de Llamada	Referente de Gestión de TIC's / Referente de Seguridad y Salud en el Trabajo	Manual Aprobado	2018/02/28	2018/04/30	Primer Cuatrimestre	1. Manual Aprobado	100%	La institución cuenta con el Manual de Comunicaciones actualizado, el cual esta codificado PLA-MNL-01 y se puede consultar en la Intranet institucional.
														2. Socialización del Manual de Comunicaciones	Referente de Gestión de TIC's	N° de personal Capacitado / Total de personal a Capacitar	2018/05/01	2018/08/30	Segundo Cuatrimestre	2. Actas de Socialización y Registro Fotográfico	100%	El Manual de Comunicaciones actualizado, el cual esta codificado PLA-MNL-01 y se encuentra publicado en la Intranet institucional para su respectiva consulta por parte de los funcionarios de la entidad..
100%																						
24	Gestión del Ambiente Físico	De Cumplimiento	Fallas en el Cumpliendo de la Resolución 0631 de 2015 - Valores Límites Máximos Permisibles en los Vertimientos Puntuales a Cuerpos de Aguas y Sistemas de Alcantarillado	1. Inadecuada Disposición de Fluidos 2. Falta de Limpieza de la Caja de Inspección	5	5	4	2	1	5	Alto	1. Cronogramas de Seguimiento 2. Caracterización de los Vertimientos	Asumir	1. Creación y Socialización del Cronograma de Mantenimiento de las Cajas de Inspección	Ingeniera Ambiental	N° de Personas a Capacitadas / Total de Personas a Capacitar x 100	2018/02/28	2018/04/30	Primer Cuatrimestre	1. Actas de Socialización y Registro Fotográfico	NA	Se realizó en la primer cuatrimestres
														2. Implementación de las Actividades Planeadas Frente a Limpieza de Cajas de Inspección	Ingeniera Ambiental	N° de Actividades realizadas / N° de Actividades Programadas	2018/03/01	2018/08/30	Segundo Cuatrimestre	2. Ficha del Indicador con Análisis	100%	Se tienen el informe sobre la caracterización de vertimientos realizada a las sedes, charquito, ciudad latina , despensa, Santillana, hospital y consulta externa,

MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2018

N°	PROCESO	IDENTIFICACIÓN		CAUSA	CONSECUENCIAS				ANÁLISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	TERCER CUATRIMESTRE		
		TIPO	RIESGO		CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	IMPACTO DE CREDIBILIDAD E IMAGEN	IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABILIDAD	IMPACTO	NIVEL		OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN	RESPONSABLES DE LA ACCIÓN	INDICADOR	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN		PERIODO DE SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO 3	
																					RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS
																				100%	por parte de la empresa contratada para la recolección tratamiento y disposición final de los residuos se tienen los Certificados de disposición final de los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre.	
25	Gestión del Ambiente Físico	De Cumplimiento	Inoportunidad en el Reporte Ante Entes de Control (CAR, IDEAM , SSC)	1. Desconocimiento de Fechas Para Entrega de Información	4	4	5	1	3	5	Extremo	Se Crearan para la Vigencia	Asumir	1. Creación de Matriz con Alertas	Ingeniera Ambiental	N° de Reporte Realizados / Numero de Reportes Exigidos x100	2018/09/01	2018/12/31	Tercer Cuatrimestre	3. Informe con Resultado	NA	Para el reporte del IDEAM Y SSC , se realiza con corte el 30 de enero, A la fecha se esta realizando la recolección de Datos para el informe de la vigencia 2018
26	Gestión del Ambiente Físico	De Cumplimiento	Fallas en la Recolección y Transporte de Residuos Hospitalarios de la E.S.E	1. Incumplimiento al Procto	4	4	5	4	2	5	Extremo	1. Actas de Disposición Final de Residuos Hospitalario 2. Lista de Chequeo Verificación de Transporte	Asumir	1. Seguimiento a Adherencia al Procolo	Ingeniera Ambiental	% de Adherencia al protocolo	2018/02/28	2018/12/31	Continuo	1. Informe de Supervisión con % de Adherencia	100%	Se entrega actas de disposición final del primer cuatrimestre y dos listas de verificación del transportes de residuos hospitalarios con fecha se puede evidenciar que hay adherencia al protocolo
27	Gestión del Ambiente Físico	De Tecnología	Ocurrencia de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente Secundario a la Utilización de Dispositivos Biomédicos	1. Desconocimiento Por Parte del Personal en el Manejo de Dispositivos Biomédicos	4	4	2	4	4	4	Extremo	1. Cronograma de Capacitaciones 2. Cronograma de Mantenimiento Preventivo 3. Socialización y Verificación de Alertas Sanitarias 4. Disponibilidad Inmediata del Personal Biomédico para Mantenimiento Correctivo 5. Calibración de Equipos	Asumir y Compartir	1. Seguimiento al Cronograma de Mantenimiento Preventivo	Ingeniera Biomédica	N° de Mantenimientos preventivos realizados / N° de Mantenimientos preventivos programados x100	2018/02/28	2018/12/31	Continuo	1. Ficha de Indicador con Análisis	100%	Se cumplió con el cronograma del mantenimiento de la vigencia 2018
														2. Capacitación del Personal Sobre el Manejo de los Dispositivos Médicos	Ingeniera Biomédica	N° Capacitaciones realizadas / N° de Capacitaciones programadas x 100	2018/02/28	2018/12/31	Continuo	2. Ficha de indicador con análisis y Actas de Capacitación	68%	Se tenían programadas 19 capacitaciones de las cuales se ejecutaron 13 dando un cumplimiento del 68%
														3. Evaluación de Adherencia al Manejo de los Dispositivos Médicos	Ingeniera Biomédica	% de adherencia Pre y Pos test	2018/02/28	2018/12/31	Continuo	3. Tabla de Curva de Aprendizaje	100%	Se realizó la evaluación de Adherencia al Manejo de los Dispositivos Médicos en pre y post en la curva de aprendizaje
														4. Creación de Indicador para Medición % de Ocurrencia	Ingeniera Biomédica	N° de eventos relacionados con la seguridad del paciente (Tecnología vigilancia) / N° Total de reportes de eventos	2018/02/28	2018/12/31	Continuo	4. Ficha de Indicador con Análisis	100%	se presento el reporte de 4 eventos a los cuales se les presento el tratamiento indicado como es el reporte y el cierre frente al mejoramiento. .
28	Gestión del Ambiente Físico	Financieros	No Contar con las Póliza de los Bienes y Parque Automotor de la Institución	1. Desactualización del In	4	1	2	4	3	2	Moderado	1. Matriz Control de Parque Au	Asumir y Compartir	1. Actualización del Inventario	Líder Activos Fijos	Informe de Inventario	2018/02/28	2018/08/01	Segundo Cuatrimestre	1. Informe de Inventario	100%	se llevo acabo la actualización del inventario realizando los respectivos ajustes en los módulos de almacén , activos fijos y Contabilidad
														2. Identificación de los Bienes que Requieren Póliza	Líder Activos Fijos y subgerencia Administrativa	N° de bienes que requieren póliza / N° total de bienes	2018/02/28	2018/12/31	Continuo	2. Ficha de Indicador con Análisis	100%	Se llevo acabo la identificación del Parque Automotor el cual a la fecha se encuentra al día con los documentos de ley
														3. Seguimiento en los Vencimientos de Requerimientos de Parque Automotor	Referente de Recursos Físicos	% de Cumplimiento de requerimientos de parque automotor	2018/02/28	2018/12/31	Continuo	3. Ficha de Indicador con Análisis	100%	se observa en la matriz que los 13 vehículos que se tienen en el parque automotor y los cuales están en funcionamiento se encuentran con papeles al día

MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2018

N°	PROCESO	IDENTIFICACIÓN			CONSECUENCIAS			ANÁLISIS				CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			INDICADOR	PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	TERCER CUATRIMESTRE	
		TIPO	RIESGO	CAUSA	CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	IMPACTO DE CREDIBILIDAD E IMAGEN	IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABILIDAD	IMPACTO	NIVEL		OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN	RESPONSABLES DE LA ACCIÓN		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO		RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS
29	Gestión del Ambiente Físico	De Cumplimiento	No Contar con la Actualización del Documento de TRD	1. Desconocimientos de las Tablas de la TRD	4	3	5	3	4	4	Extremo	Creación de Controles para la Vigencia	Asumir y Transferir	1. Aprobación del Proyecto TRD por Parte del Comité Departamental	Comité de Gestión Documental, Comité Departamental	Documento remitido al comité Departamental para aprobación del proyecto de TRD	2018/02/28	2018/12/31	Continuo	4. Documento Remitido al Comité Departamental para Aprobación del Proyecto de TRD	100%	fue aprobado el proyecto de TRD del Hospital por parte del Comité Departamental
																				97%		
30	Vigilancia Epidemiológica	cumplimiento	inoportunidad del reporte de eventos de interés en salud pública	1, No identificación del evento de interés en Salud pública 2, No diligenciamiento de la ficha de notificación	4	1	3	2	3	4	alto	1, Búsqueda activa institucional los diferentes servicios 2, búsqueda activa institucional mensual mediante los Rips y Sianesp	asumir y compartir	capacitar al personal asistencial frente a notificación de eventos de interés en salud pública	referente en vigilancia epidemiológica	personas capacitadas / números de personas programadas	2018/02/28	2018/12/31	continuo	listado de asistencia con registro fotográfico	100%	Se realizo capacitación al personal asistencial de la ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas en relación a los eventos de Sivigila y la ruta para acceso en la intranet, con un porcentaje de cumplimiento del 90%
														identificación de áreas que no realizan la notificación del evento	referente en vigilancia epidemiológica	matriz de seguimiento	2018/02/28	2018/12/31	continuo	matriz de seguimiento	100%	Se evidencia un reporte del 100% de los eventos en salud pública, con aumento en relación al cuatrimestre anterior con un reporte de 615 eventos
														socializar a los procesos que mas presentan falla	referente en vigilancia epidemiológica	numero de personas socializadas en la falla / números de personas programadas	2018/02/28	2018/12/31	continuo	listado de asistencia con registro fotográfico	100%	se evidencia para este cuatrimestre un reporte de 615 eventos de los cuales el 73% son reportados por el personal medico del área de urgencias
31	Vigilancia Epidemiológica	operacional	falla en la adherencia de protocolos	1, Desconocimiento de los protocolos 2, No diligenciamiento de la ficha de notificación	4	1	3	3	3	4	alto	se construirán en vigencia	asumir y compartir	socializar protocolos	referente en vigilancia epidemiológica	personas capacitadas / números de personas	2018/02/28	2018/04/30	primer cuatrimestre	listado de asistencia con registro fotográfico	NA	se identificaron nuevos casos como adherencia a las circulares 006-017
														creación y aplicación de lista de chequeo para medir adherencia	referente en vigilancia epidemiológica	porcentaje de medición de adherencia frente a los protocolos priorizados	2018/05/01	2018/08/30	segundo cuatrimestre	informe de medición de adherencia	100%	se presentaron 6 eventos relacionados a sarampión rubeola con cumplimiento del protocolo de acuerdo a la directriz nacional
														socializar resultados de adherencia a protocolos	referente en vigilancia epidemiológica	numero de personas capacitadas / números de personas programadas	2018/09/01	2018/12/30	tercer cuatrimestre	listado de asistencia con registro fotográfico	100%	informe de adherencia de los protocolos ciru 006 017 presentado en el macrocomite del mes de noviembre
32	Vigilancia Epidemiológica	cumplimiento	inoportunidad en el análisis de eventos de interés en salud pública	1, no realización de comités de vigilancia epidemiológica	3	4	3	2	3	3	moderado	se construirán en vigencia	asumir y compartir	clasificación de eventos objeto de análisis	referente en vigilancia epidemiológica	matriz de clasificación de eventos	2018/02/28	2018/12/31	continuo	matriz de clasificación de eventos	100%	se realizo un reporte de 49 eventos de prioridad para análisis d ellos cuales se analizaron 39 eventos con un porcentaje de cumplimiento del 80%
														análisis del estadística vitales	medico epidemiologo	matriz de estadísticas vitales	2018/02/28	2018/12/31	continuo	matriz de estadísticas vitales	100%	se realizo el cargue de 135 certificados de mortalidad No fetal al RUAF DN los cuales contaron con el análisis de calidad del dato en el certificado de defunción del 97%
														análisis de infecciones asociadas a la atención en salud	referente en vigilancia epidemiológica	matriz de clasificación de infecciones	2018/02/28	2018/12/31	continuo	matriz de clasificación de infecciones	100%	se reporto un indicador de IAAS promedio para el cuatrimestre del 0,57% con análisis del total de los eventos reportados.
																				100%		
	Gestión del Mejoramiento		Desconocimiento de la plataforma estratégica	1. Fallas en el Proceso de Inducción y Reinducción del								1. Retablos Institucionales 2. Mana de Procesos	1. Documentar el Procedimiento de las ULG	Referente de Planeación y Calidad	Procedimiento Aprobado	2018/02/28	2018/04/30	Primer Cuatrimestre	1. Procedimiento Aprobado	100%	Se realiza por medio del macro comité la socialización de los diferentes guías y procedimientos que se actualizan en la plataforma institucional a través del gestión documental que hace parte del proceso de calidad.	
													2. Socializar el Documento	Proceso de Planeación y Calidad / Líderes de Proceso	N° personas capacitadas / Total de Funcionarios	2018/05/01	2018/12/31	Continuo	2. Actas de Socialización y Registro Fotográfico			

MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2018

N°	PROCESO	IDENTIFICACIÓN			CONSECUENCIAS			ANÁLISIS				CONTROLES EXISTENTES	MANEJO				PLAZO				TERCER CUATRIMESTRE	
		TIPO	RIESGO	CAUSA	CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	IMPACTO DE CREDIBILIDAD E IMAGEN	IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABILIDAD	IMPACTO	NIVEL		OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN	RESPONSABLES DE LA ACCIÓN	INDICADOR	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO	REGISTRO DE EVIDENCIA	RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS
33	Mejoramiento Continuo	Estratégico	institucional por parte de los funcionarios de la E.S.E	1. Insuficiencia de Recurso Tecnológico	4	2	1	3	4	2	Alto	3. Modelo Educativo 4. Pagina Web	Asumir y Compartir	3. Elaborar la Guía de Estudio Sobre Plataforma Estratégica	Proceso de Planeación y Calidad	Guía de estudio aprobada	2018/05/01	2018/08/30	Segundo Cuatrimestre	3. Guía de Estudio Aprobada	83%	A fin de dar cumplimiento con lo que dispone la ley 1712 de 2014 frente a derecho acceso a la información, se determino crear el comité de sistemas de información en donde se revisara lo correspondiente en la web y plataforma. Por parte de ITA - procuraduría estamos en 83 puntos de cumplimiento
34	Gestión del Mejoramiento Continuo	Operativo	Fallas en ejecución de las acciones propuestas en los planes de mejoramiento de Habilitación	1. Desconocimiento por Parte de los Líderes de Procesos Transversales de los Planes de Acción a Ejecutar	5	5	5	5	3	5	Extremo	1. Visitas de Seguimiento 2. Aplicación de listas de chequeo de acuerdo a normatividad vigente	Asumir y Compartir	1. Socialización de la Normalidad Vigente para Habilitación	Profesional Especializado - Área de Planeación y Calidad - Habilitación	N° personas capacitadas / N° de Personas a Capacitar	2018/02/28	2018/04/30	Primer Cuatrimestre	1. Actas de Socialización y Registro Fotográfico	NA	Se evaluó en el primer cuatrimestre la actividad
														2. Programación y Ejecución de Visitas de Habilitación	Profesional Especializado - Área de Planeación y Calidad - Habilitación	Informe de Habilitación	2018/02/28	2018/12/31	Continuo	2. Informe de Habilitación	NA	Se evaluó en el primer cuatrimestre la actividad
														3. Verificar el Avance de los Planes de Mejoramiento que Quedaron Suscritos en la Vigencia	Profesional Especializado - Área de Planeación y Calidad - Habilitación	Informe con porcentaje de avance de planes de mejoramiento	2018/09/01	2018/12/31	Continuo	3. Informe con porcentaje de avance de planes de mejoramiento	95%	De las 889 actividades programadas se realizaron 677 dando un avance 76% con una meta de cumplimiento que se tenía en el 80% para la vigencia 2018,
35	Gestión del Mejoramiento Continuo	Operativo	El Insumo primario de la información presenta fallas de la Información	1. Información de Mala Calidad	4	3	4	3	4	2	Alto	Se Crearan Para la Vigencia	Asumir y Compartir	1. Elaborar y Socializar Informe de Auditoria a Base de Producción	Líder de Estadística	Informe de auditoria	2018/02/28	2018/12/31	Continuo	4. Acta de comité MECI y registro Fotográfico	100%	Se realizó la presentación de indicadores en comité directivo por parte del área de estadística.
95%																						
36	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	OPERATIVO	INADECUADA IDENTIFICACION DEL PACIENTE	1.falla en la adherencia a los correctos de identificación del paciente.	4	3	4	1	3	3	moderado	se crearan o identificaran para la vigencia	asumir y compartir	socialización de correctos	referentes de apoyo DX y terapéutico y seguridad Paciente	numero de personas capacitadas / numero de personas	2018/02/28	2018/04/30	primer cuatrimestre	acta de compilación de capacitaciones con registro fotográfico	NA	Actividad ejecutada en el primer cuatrimestre
														Evaluación de adherencia de correctos	referentes de apoyo DX y terapéutico	informe con % de adherencia	2018/05/01	2018/08/30	segundo cuatrimestre	informe con % de adherencia	100%	Para el 9, 25 de octubre, 7, 20 de noviembre y 6 de diciembre se realiza aplicación del formato de IMA-FTO-33. En el cual se realizó la medición de los correctos en la aplicación del procedimiento. Para el 28 de Diciembre se realiza Entrega del informe de adherencia de medición de correcto, dando de concepto ACCEPTABLE.
37	APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	CUMPLIMIENTO	FALLA EN EL REPORTE OPORTUNO DE ENTREGA DE INFORMES A ENTES EXTERNOS	1, Desconocimiento de la información a reportar 2. Falla tecnológica.	4	2	3	2	3	3	moderado	1, listado de informes a presentar	asumir	matriz semaforizada	referentes de apoyo DX y terapéutico	matriz semaforizada	2018/02/28	2018/12/31	continuo	matriz semaforizada con % de cumplimiento	100%	Se realiza la entrega de los soportes de los 2 informes de la anualidad correspondientes a 1) medicamentos de control especial 2) Reporte de farmacovigilancia.
100%																						
38	TALENTO HUMANO	cumplimiento , corrupción	Fallas en la verificación de soportes de hoja de vida	1. Se recibe soporte de validación posterior al ingreso del personal. 2. demoras en el estudio de soportes	4	4	3	2	2	4	ALTO	1. Solicitud de soportes de Hoja de vida de acuerdo a formato de solicitud de documentos. 2. revisión de antecedentes directamente por el área. 3. Solicitud a universidad de verificación de títulos	asumir y transferir	verificación de títulos del personal a contratar	Coordinadora de Talento humano	matriz de verificación de títulos	2018/02/28	2018/12/31	continuo	matriz de verificación de títulos	100%	En el cuatrimestre se realizo la verificación de títulos 300 funcionarios, los cuales tienen control con la matriz creada para tal fin. Soportes en aérea y matriz de seguimiento.
														envió de solicitud a las universidades para certificación de títulos	Coordinadora de Talento humano	matriz de verificación de títulos	2018/02/28	2018/12/31	continuo	matriz de verificación de títulos		
39	TALENTO HUMANO	cumplimiento , operacional	Incumplimiento de las fechas establecidas para evaluar el desempeño laboral.	1, No contar con insumos correspondiente para generar la evaluación de desempeño	2	2	3	2	3	2	BAJO	1. Seguimiento al procedimiento de evaluación del desempeño laboral.		comunicación a los responsables de realizar la evaluación del desempeño	Coordinadora de Talento humano	comunicación	2018/02/28	2018/12/31	continuo	comunicación enviada	100%	se envió comunicación interna a los funcionarios responsable de la evaluación para que realizara el cierre de la vigencia 2018 .
														recepción de evaluaciones de desempeño	Coordinadora de Talento humano	matriz de seguimiento de recepción de evaluaciones de desempeño	2018/02/28	2018/12/31	continuo	matriz de seguimiento de recepción de evaluaciones de desempeño	NA	Se tiene plazo para la evaluación anual ya que tienen corte hasta el 31 de Enero de 2019

MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2018

N°	PROCESO	IDENTIFICACIÓN			CONSECUENCIAS				ANÁLISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO				PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	TERCER CUATRIMESTRE	
		TIPO	RIESGO	CAUSA	CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	IMPACTO DE CREDIBILIDAD E IMAGEN	IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABILIDAD	IMPACTO	NIVEL		OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN	RESPONSABLES DE LA ACCIÓN	INDICADOR	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO		RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS
40	TALENTO HUMANO	cumplimiento	Incumplimiento a la elaboración y ejecución del sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo	1. Cambio de Normatividad constante	4	2	5	2	2	5	EXTREMO	1.planes de mejoramiento 2. socialización del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo 3.identificación de peligros y riesgos 4. elaboración del manual de plan de emergencias y desastres	asumir y compartir	implementación del manual de plan de emergencias y desastres	referente se seguridad y salud en el trabajo	simulaciones realizadas de planes de emergencias / simulaciones programadas	2018/02/28	2018/12/31	continuo	actas de simulaciones con registro fotográfico	100%	Se participo en el simulacro nacional el 25 de octubre integrando centros sedes y puestos de salud,
													asumir y compartir	solicitud de exámenes médicos ocupacionales	referente se seguridad y salud en el trabajo	Matriz de verificación de entrega de exámenes	2018/02/28	2018/12/31	continuo	Matriz de verificación de entrega de exámenes	100%	se realiza entrega de recomendaciones del medico laborales y remisiones a EPS
													asumir y compartir	realizar la autoevaluación desacuerdo a los estándares mínimos de la resolución 1111 del 27 marzo del 2017	referente se seguridad y salud en el trabajo	Anexo 1 de la resolución 1111 del 27 marzo del 2017	2018/09/01	2018/12/31	tercer cuatrimestre	Anexo 1 de la resolución 1111 del 27 marzo del 2017	100%	Se realizo la socialización de responsabilidad de los supervisores, trabajadores a todos los niveles y a proveedores del cumplimiento frente al sistema de gestión
41	TALENTO HUMANO	cumplimiento	incumplimiento a la normativizada frente accidentes i incidentes laborales	1. desconocimiento de usos de elementos de protección personal 2. reporte oportuno del accidente o incidente	2	2	2	4	3	ALTO	1. socializaciones en referencia al procedimiento	asumir y compartir	Circular de responsabilidades a los referentes de los procesos	referente se seguridad y salud en el trabajo-grupo directivo	circular de responsabilidades	2018/02/28	2018/04/30	primer cuatrimestres	circular publicada	100%	Se realizaron 16 reportes de los accidentes laborales que se presentaron en la ESE. En el segundo semestral	
											seguimiento a los accidentes e incidentes reportado	asumir y compartir	furat de reportes	referente se seguridad y salud en el trabajo	furat de reportes	2018/02/28	2018/12/31	continuo	furat de reportes	100%	Se realizaron 16 reportes de los accidentes laborales que se presentaron en la ESE. En el segundo semestral	
100%																						
42	Gestión Jurídica	cumplimiento	incumplimiento frente a gestión de respuesta (Derechos de petición, procesos judiciales, administrativos, tutelas)	1. Desconocimiento de los términos 2. falta de vigilancia 3. Error en el traslado de la petición, remitiéndola al no competente	4	4	5	2	3	5	EXTREMO	. Matriz general de procesos adelantar en oficina jurídica 2. Notificación oportuna mediante correo electrónico a la persona competente.	ASUMIR Y COMPARTIR	construcción y verificación de la matriz de procesos de jurídicos	asesor jurídico	matriz con seguimiento	2018/02/28	2018/12/31	continuo	matriz con seguimiento	100%	Se creo la matriz en la cual se realiza el seguimiento a las respuesta de los Derechos de petición, procesos judiciales, administrativos, tutelas, en referencia al cuatrimestre se puede observar que se gestionaron en su totalidad
													ASUMIR Y COMPARTIR	realizar la Circular que socialice términos de oportunidad del área jurídica	asesor jurídico	circular socializada en canales de comunicación de la entidad	2018/02/28	2018/04/30	primer cuatrimestre	actas con registro fotográficos	100%	Se llevo acabo la capacitación para los supervisores a los cuales se les socializo el nuevo manual de contratación las obligaciones de los mismos.
													ASUMIR Y COMPARTIR	capacitación en calidad de la información remitida y fines perseguidos	asesor jurídico	acta de asistencia a capacitación	2018/02/28	2018/04/30	segundo cuatrimestre	circular socializada en canales de comunicación de la entidad	100%	se evidencia la implementación de los formatos de contratación para la vigencia
43	Gestión Jurídica	incumplimiento a las disposiciones contenidas en el estatuto de contratación	1. desconocimiento del manual de contratación 2. desconocimiento de creación de estudios de necesidad	4	4	5	3	2	4	ALTO	1. Plan anual de adquisiciones 2. matriz de contratación	ASUMIR Y COMPARTIR	capacitación a referentes y subgerentes en el estatura de contratación del hospital	asesor jurídico y control interno	acta de asistencia a capacitación	2018/02/28	2018/04/30	primer cuatrimestre	actas con registro fotográficos	100%	se evidencia la implementación de los formatos de contratación para la vigencia	
												ASUMIR Y COMPARTIR	evaluación de adherencia por MECA	asesor jurídico y área de sistemas y planeación calidad	promedio de calificación superior al 70%	2018/05/01	2018/08/30	segundo cuatrimestre	matriz de seguimiento de recepción de evaluaciones de desempeño	50%	Se tomo la decisión de realizar capacitación presencial a los supervisores de contratos a fin de dar a conocer el nuevo estatuto de contratación. Realizando evaluación al finalizar las dos capacitaciones ,	
												ASUMIR Y COMPARTIR	creación y aplicación de formato de evaluación a proveedores	asesor jurídico, supervisores y subgerencias	matriz de seguimiento de evaluaciones realizadas a proveedores	2018/02/28	2018/12/31	continuo	matriz de seguimiento de evaluaciones realizadas a proveedores con (Anexo)	100%	Se realizo la creación del formato de evaluación a proveedores JUR-FTD-14 , El cual se aplicara para la liquidación de los contratos de la vigencia 2018	
44	Gestión Jurídica	incumplimiento en el reporte de contratación en los aplicativos de la contraloría	1. fallas insumos de la información 2. fallas con la plataforma	4	4	3	2	2	3	moderado	la creación de controles se realizara en la vigencia	ASUMIR Y COMPARTIR	realizar seguimiento de los contratos suscritos en el trimestre	Asesor Jurico y apoyo profesional	matriz de seguimiento	2018/02/28	2018/12/31	continuo	certificación por aplicativo	100%	se llevo acabo el seguimiento de los contratos suscritos en el trimestre	

MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2018

N°	PROCESO	IDENTIFICACIÓN			CONSECUENCIAS				ANÁLISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			INDICADOR	PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	TERCER CUATRIMESTRE	
		TIPO	RIESGO	CAUSA	CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	IMPACTO DE CREDIBILIDAD E IMAGEN	IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABILIDAD	IMPACTO	NIVEL		OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN	RESPONSABLES DE LA ACCIÓN		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO		RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS
92%																						
45	gestión Financiera	cumplimiento	incumplimiento en la presentación de información oportuna a entes externos	1. desconocimiento de la norma 2. falla entrega oportuna del insumo.	4	49	3	2	4	4	Extremo	1. crear controles para la vigencia	asumir y compartir	priorización de la norma (circular 030,2193,014,)y capacitación.	subgerencia administrativa, apoyo del área financiera	actas de capacitación	2018/02/28	2018/04/30	primer cuatrimestre	actas de capacitación	100%	El proceso de contabilidad realiza comunicación de forma mensual y trimestral de la información a enviar a los entes de control para que se envíe en los tiempo estipulados, con el fin de que el área contable pueda revisar y cotejar
													matriz de semaforización de informes	subgerencia administrativa, sistemas	matriz de semaforización de informes	2018/02/28	2018/12/31	continuo	matriz de semaforización de informes	100%	se tienen la matriz de semaforización de la entrega de informe por parte del área de sistemas	
46	Gestión Financiera		falta de oportunidad en la entrega de pagares en el área de cartera	1. no contar con el insumo 2. no contar con inventario de pagares suscritos	4	50	3	2	4	3	Alto	1. crear controles para la vigencia	Asumir y Compartir	generar el informe de pagares suscritos	subgerencia administrativa, Cartera, sistemas	informes de pagares	2018/02/28	2018/12/31	continuo	informes de pagares	100%	Ya se tiene el informe de los pagares suscritos en la vigencia 2018.
47	Gestión Financiera		incumplimiento de la entrega de dineros recaudados por el área de facturación	1. falla en el sistemas 2. desconocimiento del procedimiento	3	51	3	2	2	3	Moderado	1. procedimiento del área de tesorería	Asumir y Compartir	informe mensual de saldos pendientes por parte de facturación	tesorería, subgerencia administrativa, coordinador de facturación	informe mensual	2018/02/28	2018/12/31	continuo	comunicación enviada del informe	100%	El 31 de mayo se llevo acabo la auditoria al área de tesorería en la cual se dejaron las recomendaciones respectivas por parte de la Oficina de Control Interno
														arqueos de cajas recaudadoras	tesorería y control interno	formatos de arqueos	2018/02/28	2018/12/31	continuo	formatos de arqueos	100%	Se realizaron los arqueos de cajas recaudadoras por parte de la oficina de control interno
100%																						

PROCESO	% AVANCE	ACTIVIDADES
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	100%	6
Gestión de Servicios Ambulatorios	92%	10
Gestión de Servicios de Salud en Urgencias	100%	4
Gestión De Servicios Hospitalarios	100%	8
Gestión De Servicios Quirúrgicos	100%	9
Enlace con el Usuario Familia y Comunidad	100%	3
Gestión de TIC's	100%	6
Gestión del Ambiente Físico	97%	13
Vigilancia Epidemiológica	100%	9
Gestión del Mejoramiento Continuo	95%	8
APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	100%	3
TALENTO HUMANO	100%	9
Gestion Juridica	92%	7
Gestion Financiera	100%	9
RESULTADO	98%	104