



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2019

N°	SUBGERENCIA	IDENTIFICACION		CAUSA	CONFIDENCI ALIDAD DE LA INFORMACI ON	CONSECUENCIAS			ANALISIS			CONTROLES EXISTENTES	OPCIÓN DE MANEJO	MANEJO			PLAZO				PRIMER TRIMESTRE SEGUIMIENTO 1	
		TIPO	RIESGO			IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABI LIDAD	IMPACTO	NIVEL	ACCIÓN			RESPONSABLES DE LA ACCIÓN	INDICADOR	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO	REGISTRO DE EVIDENCIA	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS	
1	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Estratégico	Incumplimiento Del Plan Institucional De Gestion Ambiental - Pga - Bajo El Concepto "Hospitales Verdes De La Ese Hmgv	1. Desconocimiento Concepto "Hospitales Verdes De La Ese Hmgv	4	4	3	1	3	Moderado	Plan de acción de Gestión Ambiental diseñado y ejecutado	asumir y compartir	1. Instalación y seguimiento al cambio de iluminación fluorescente por LED. 3. Celebración día mundial del agua. Actividad de sensibilización y lúdica. 4. Entrega de kits para el manejo de derrames.	Ingeniera Ambiental	# actividades del Plan de acción de Gestión Ambiental desarrolladas / # actividades del Plan de acción de Gestión Ambiental propuestas	2019/01/01	2019/12/30	CONTINUO	actas de capacitación y registro fotográfico	100%	Acta de Capacitación Manejo de Derrames. Acta de capacitación Día del Agua Registro Fotográfico. Cronograma de Actividades POAP	
2	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Estratégico	Fallas en el Aprovechamiento de Residuos NO peligrosos Institucional	Desconocimiento de acerca de los residuos No peligrosos	4	4	5	3	1	3	Moderado	Implementación del Programa de Aprovechamiento de Residuos NO Peligrosos Institucional	asumir y compartir	Realizar Plan de capacitación a funcionarios del Hospital MGY sobre reciclaje	Ingeniera Ambiental	No. Acciones implementadas plan de acción de reciclaje /Total de acciones programadas	2019/01/01	2019/12/30	CONTINUO	actas de capacitación y registro fotográfico	100%	Seguimiento mediante base de datos a la comercialización de material reciclable Implementación actividades del programa de reciclaje.
														Realizar y socializar el Plan de acción de reciclaje 2do semestre 2018 en gobierno Digital.	Ingeniera Ambiental	No. Acciones implementadas plan de acción de reciclaje /Total de acciones programadas	2019/01/01	2019/01/31	CONTINUO	actas de capacitación y registro fotográfico	100%	Sensibilización al personal mediante fondos de pantalla y capacitaciones.
3	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Cumplimiento	No dar cumplimiento con el resultado de la calculadora ambiental año 2019 (huella de carbono).	Desconocimiento de la huella de carbono	4	4	5	3	1	3	Moderado	Implementación del plan de acción Huella de Carbono HMGV	Asumir y Transferir	Llevar el consolidado correspondiente a la huella de carbono	Ingeniera Ambiental	No. Acciones del plan de acción Huella de Carbono HMGV implementadas * 100 / Total de acciones del plan de acción Huella de Carbono HMGV programadas	2019/01/01	2019/01/31	CONTINUO	actas de capacitación y registro fotográfico	100%	*Consolidado de consumos de papel, carpetas de cartón, entre otros elementos *POAP *Cronograma de Actividades.
														Medición de CO2 mediante calculadora ambiental de la Gobernación de Cundinamarca	Ingeniera Ambiental	actas de capacitación y registro fotográfico	100%	*Se valida información obtenida del consolidado de consumos de papel, carpetas de cartón y combustible. Y se tiene el Plan de Contingencia en el momento del corte de luz.				
4	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	De cumplimiento	No contar con la Actualización del Plan de Emergencias Hospitalario por cada Centro y Puesto de Salud en articulación con el Plan de Gestión del Riesgo Municipal para el 2019.	Capacidad instalada insuficiente desconocimiento de la forma en que se articulan los planes	4	4	3	2	3	3	Alto	Documento Plan de emergencias hospitalario.	Asumir y Transferir	Actualizar el documento Plan de emergencias hospitalario.	REFERENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Documento actualizado y aprobado por el CRUE.	2019/03/01	2019/05/01	Primer Cuatrimestre	1. Pantallazos de las Alertas Implementadas	33%	Se realiza actualización de 3 documentos Sede Especialistas Santillana Luis Carlos Galán
														Socializar el plan con unidad de gestión del riesgo municipal.			Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico	33%	Se realiza asistencia COVE Municipal en el Mes de Febrero		
5	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	Fallas en la Implementación del plan de emergencias	Desconocimiento del plan de emergencias	5	5	3	3	5	5	Extremo	contar con el documento del Plan de emergencias	Compartir o Transferir	Ejecución de actividades incluidas en el Plan	REFERENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	# actividades del Plan de Emergencias realizadas * 100/# actividades del Plan de Emergencias planeadas	2019/03/01	2019/12/31	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico	25%	Se realiza socialización en macrocomite, socialización de Sistema de alarma y entrega de pitos. Presentación de Plan de Emergencias en PDF y Acta de macrocomite y actas de socialización
			No dar cumplimiento con el Reporte														2019/03/01	2019/12/31	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico	100%	Por parte del área de facturación se esta realizando la actualización de datos personales durante la solicitud de servicios.



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2019

N°	SUBGERENCIA	IDENTIFICACION		CAUSA	CONSECUENCIAS				ANALISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			PLAZO				PRIMER TRIMESTRE SEGUIMIENTO 1		
		TIPO	RIESGO		CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION	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	ANALISIS
6	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	mensualmente del Sistema de Vigilancia en Salud Laboral y el 100% de los eventos de origen laboral de acuerdo a los Lineamientos.	Desconocimiento de la normatividad	5	4	1	4	5	4	Extremo	capacitación al personal para el reporte	Asumir y Transferir	Seguimiento al Reporte	REFERENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Numero de Reportes entregados / Numero de Reportes Programados	2019/03/01	2019/12/31	Continuo	2. Informe de Seguimiento	100%	Por parte del área de facturación se esta realizando la revisión de requisitos para asignación de citas
7	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	De Cumplimiento	Incumplimiento en el Plan de trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	Desconocimiento Plan de trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	4	4	3	2	3	3	Alto	seguimiento a las acciones del plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo	Asumir y Compartir	Presentar informe SG-SST y las acciones por el responsable SG-SST mensualmente	REFERENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	# de acciones realizadas del Plan de trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo * 100 / # total de acciones programadas del Plan de trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	2019/03/01	2019/12/31	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico	100%	Se realiza y presenta informe mensual de actividades del sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo Presentación y acta de macrocomite
8	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	Fallas en la implementación de los módulos del sistema de información adquiridos por la ESE	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	Implementación de los módulos del sistema de información adquiridos por la ESE HMGY de Soacha	REFERENTE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN - TICS	# de módulos en producción y actualizados en funcionamiento / # total de los módulos adquiridos por el Hospital	2019/03/01	2019/12/31	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico	33%	Se da inicio al proceso de actualización e implementación del sistema de información DGH.NET. Se realiza el comité de gerenciamento en los meses de febrero y marzo de 2019.
9	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No dar cumplimiento con la implementación de Gobierno en Digital y con los requisitos del portal interactivo.	1. Fallas en la publicación de la pagina web	2	4	2	3	5	5	Extremo	1. recepción y clasificación de toda la información a publicar	Asumir y Transferir	Actualización permanente de la página web y la intranet. De acuerdo a los requisitos del portal interactivo para gobierno Digital	REFERENTE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN - TICS	# de requisitos cumplidos de gobierno digital / # total de requisitos del portal interactivo para Gobierno Digital	2019/03/01	2019/12/31	Continuo	Sito web institucional	100%	Se realiza la publicación de información en sitio web institucional, según lo dispuesto por la normatividad. El proceso de actualización de hace diariamente con copia de seguridad semanal.
10	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No realizar los reportes asistenciales al SIUS	1. desconocimiento de metodología en el reporte	5	4	4	4	5	4	Extremo	Establecer controles	Asumir y Transferir	crear el cronograma mensual de validación de los reportes enviados por la ESE	REFERENTE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN - TICS	# folios enviados al SIUS / Total folios realizados SI US	2019/03/01	2019/12/31	Continuo	cronograma con seguimiento	100%	El reporte SIUS asistencial se realiza en línea con la información generada desde la historia clínica en el registro que hacen los profesionales de la salud.
11	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No realizar los reportes financieros al SIUS	1. desconocimiento de metodología en el reporte	4	4	3	2	3	3	Alto	Se tiene la matriz de seguimiento	Asumir y Transferir	Establecer y socializar cronograma (fecha límites para el reporte) para evitar extemporaneidad, a los responsables.	REFERENTE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN - TICS	# reportes realizados / total de reportes Trimestral (18) (seis mensuales)	2019/03/01	2019/12/31	Continuo	informe de seguimiento	100%	El reporte de información al SIUS se realiza de forma trimestral con base al cierre de trimestre y reporte al 2193
12	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	Fallas en el Cumplimiento del Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones PETIC	1. Desconocimiento del PETIC	4	4	3	2	3	3	Alto	seguimiento al Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones PETIC	Asumir y Transferir	Establecer y ejecutar el Plan de Acción del Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicación Institucional para la vigencia de acuerdo al autodiagnóstico de MIPG	REFERENTE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN - TICS	# de acciones realizadas Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones PETIC * 100 / # Total de acciones programadas Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones PETIC	2019/03/01	2019/12/31	Continuo	informe de seguimiento	100%	El PETIC esta en ejecución, de las 13 metas programadas se han realizado 3. Esta pendiente el apoyo tecnológico por parte de la Gobernación de Cundinamarca para el fortalecimiento del sistema de información frente a equipos de computo y servidor.
13	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	Fallas en el Cumplimiento del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información.	falta de capacitación en seguridad informatica	4	4	3	2	3	3	Alto	Seguimiento al Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información.	Asumir y Transferir	Establecer y ejecutar el Plan de Acción del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información Institucional para la vigencia de acuerdo al autodiagnóstico de MIPG	REFERENTE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN - TICS	# de acciones realizadas Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información * 100 / # Total de acciones programadas Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información	2019/03/01	2019/12/31	Continuo	informe de seguimiento	100%	Se establecen 4 acciones a realizar en la vigencia 2019, enfocadas a copias de seguridad, identificación de riesgos y actualización de contraseñas de usuario.
14	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No lograr una recuperación de la cartera 2018 en un 80%	1. no contar con los soportes para realizar las respectivas cuentas de cobro 2. deficiencia en la gestión	4	4	3	2	3	3	Alto	gestión ante las EAPB	Asumir y Comparte	Realizar seguimiento permanente a la Cartera conciliada con las EAPB. Informe de avance en el planeamiento de búsqueda de recursos y concepto de viabilidad.	REFERENTE CARTERA	Recuperación de cuentas por cobrar en vigencia 2019 (Cartera 2018) obtenida y acumulada a corte de cada trimestre de 2018 / valor pendiente de recuperar a Dic 31 de 2018 Correspondiente a cartera de dicha vigencia * 100	2019/03/01	2019/12/31	Continuo	realizar seguimiento permanente a la Cartera conciliada con las EAPB. Informe de avance en el planeamiento de búsqueda de recursos y concepto de viabilidad.	50%	Durante el I trimestre del 2019 se obtuvo Conciliación de cartera con corte 31 de Diciembre 2018 a fin de aclarar los valores adeudados con ECOOPSOS- MEDIMAS, CAPITAL SALUD, FAMILIAR, SALLIOTITA, SOS, SALVA SALUD. A su vez en el I trimestre se realizaron gestiones para adelantar los cruces de cartera con corte diciembre 31 del 2018, resultado que se vera para el II trimestre del 2019 en aras de determinar derechos ciertos y realizar seguimiento al estado de la misma
15	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No Lograr el recaudo y depuración del 40% de cartera de la vigencia 2018 hacia atrás	1. No contar con los soportes para realizar las respectivas cuentas de cobro 2. deficiencia en la gestión	4	4	3	2	3	3	Alto	gestión ante las EAPB	Asumir	Continuar con el proceso de depuración de cartera con las EAPB	REFERENTE CARTERA	Valor de recaudo de cartera > 360 días / Valor de la cartera > a 360 días establecida a 31 de diciembre de 2018 (balance)	2019/03/01	2019/12/31	Continuo	Continuar con el proceso de depuración de cartera con las EAPB	33%	Conciliación de cartera según soportes en espera de proceso de conciliación de gastos y devoluciones por parte de facturación y auditora médica



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2019

N°	SUBGERENCIA	IDENTIFICACION		CAUSA	CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION	CONSECUENCIAS			ANALISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			INDICADOR	PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	PRIMER TRIMESTRE SEGUIMIENTO 1	
		TIPO	RIESGO			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		ANALISIS	
16	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	Falta de implementación del sistema de costos	1. no contar con el apoyo técnico para su implementación	4	4	3	2	3	3	Alto	seguimiento a las actividades	Asumir	Socialización de cronograma de trabajo 2019, con los responsables del proceso financiero y sistemas de información.	REFERENTE DE COSTOS	# de acciones cumplidas (Cronograma de Trabajo) 100 % / # total de acciones planteadas (Cronograma de Trabajo)	2019/02/28	2019/12/31	Continuo	Socialización de cronograma de trabajo 2019, con los responsables del proceso financiero y sistemas de información.	33%	Se Definió plan de Trabajo para continuar con la implementación del Sistema de costos en la E.S.E.
17	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No dar cumplimiento al Plan Institucional de Archivos PINAR	1. Falta de Insumos. 2. Datos Incompletos. 3. Desconocimiento del Protocolo de Identificación.	2	5	2	2	3	2	Moderado	Capacitaciones continuas	Asumir	Establecer y ejecutar el Plan de Acción del PINAR planteadas para la vigencia de acuerdo al autodiagnóstico de MIPG.	referente gestión comunal	# de acciones realizadas del Plan Institucional de Archivos 100 / # Total de acciones programadas del Plan Institucional de Archivos	2019/02/28	2019/12/31	Continuo	1. Actas de Socialización y Registro Fotográfico	33%	1) Creación del Plan Operativo del PINAR vigencia 2019 2) Realizar el Autodiagnóstico MIPG de Gestión Documental
18	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No dar cumplimiento del Plan Anual de Adquisiciones	1. No contar con el estudio de necesidad 2. no contar con el presupuesto para adquisición de bienes	2	5	2	2	3	2	Moderado	1. seguimientos desde el área presupuestal	Asumir	Realizar el documento del plan de adquisiciones y realizar seguimiento por rubro presupuestal teniendo en cuenta lo planificado y su cumplimiento	referente de presupuesto	Nº de Socializaciones realizadas/Nº de Socializaciones Programadas	2019/02/28	2019/12/31	Continuo	1. Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	50%	Se realiza verificación mensual con el Subgerente administrativo realizando seguimiento a lo programado presupuestalmente y teniendo en cuenta las posibles adiciones a realizar
19	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Financiero y Operacional	fallas en el cumplimiento del Plan de Vacantes	1. desconocimiento de la norma	4	4	19	3	3	3	Alto	Seguimientos a las actividades del Plan	Asumir y Compartir	% de ejecución Plan de Vacantes	LIDER DE TALENTO HUMANO	% de ejecución Plan de Vacantes	2019/02/28	2019/12/31	Continuo	1. Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	33%	SE ELABORO PLAN DE VACANTES Y EL CRONOGRAMA JUNTO CON LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS
20	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	De Cumplimiento	fallas en el cumplimiento del Plan de Previsión de Recurso Humanos	1. desconocimiento de la norma	4	4	20	3	4	5	Extremo	Seguimientos a las actividades del Plan	Asumir y Compartir	% de Ejecución Plan de Previsión de Recurso Humanos	LIDER DE TALENTO HUMANO	% de Ejecución Plan de Previsión de Recurso Humanos	2019/02/28	2019/12/31	Continuo	1. Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	33%	SE ELABORO EL PLAN DE PREVISION DE RECURSO HUMANO JUNTO CON EL CRONOGRAMA DE LA MISMA MANERA LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS
21	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operacional	Fallas en el Cumplimiento del Plan Estratégico de Talento Humano.	1. desconocimiento de la norma	2	4	21	4	5	5	Extremo	Seguimientos a las actividades del Plan	Asumir y Compartir	% de cumplimiento del Plan Estratégico de Talento Humano	LIDER DE TALENTO HUMANO	% de cumplimiento del Plan Estratégico de Talento Humano	2019/02/28	2019/12/31	Continuo	1. Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	33%	SE ELABORO EL PLAN ESTRATEGICO DE TALENTO HUMANO Y EL CRONOGRAMA JUNTO CON LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA EL PRIMER TRIMESTRE
22	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Estratégico y Operativo	Fallas en el Cumplimiento del Plan Institucional de Capacitaciones	1. desconocimiento de la norma	5	5	5	5	1	5	Alto	Seguimientos a las actividades del Plan	Asumir	% de cumplimiento del Plan Institucional de Capacitaciones	LIDER DE TALENTO HUMANO	% de cumplimiento del Plan Institucional de Capacitaciones	2019/02/28	2019/12/31	Continuo	1. Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	33%	SE ELABORO EL PLAN DE CAPACITACION INSTITUCIONAL Y EL CRONOGRAMA JUNTO CON LAS CAPACITACIONES ESTABLECIDAS PARA EL PRIMER TRIMESTRE
23	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Estratégico y Operativo	Fallas en el Cumplimiento del Plan de Incentivos Institucional	1. desconocimiento de la norma	5	5	5	3	2	4	Alto	Seguimientos a las actividades del Plan	Asumir y Compartir	% de cumplimiento del Plan de Incentivos Institucional	LIDER DE TALENTO HUMANO	% de cumplimiento del Plan de Incentivos Institucional	2019/02/28	2019/12/31	Continuo	1. Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	33%	SE ELABORO EL DOCUMENTO PLAN DE INCENTIVOS CRONOGRAMA Y PLAN OPERATIVO
66%																						
24	SUBGERENCIA COMUNITARIA	De Cumplimiento	No presentar Auditorias de adherencia a Guías de forma mensual con presentación trimestral a Junta Directiva para los programas de (HTA y DM2) para la vigencia 2019.	desconocimiento del manual de Auditoria	5	5	4	2	1	5	Alto	programación de auditorias	Asumir	evaluar la adherencia a la guía de practica clinica de HTA, DM y CyD	Ingenieria Ambiental	No. De auditorias de HC realizadas *100 / No. Auditorias programada	2019/02/28	2019/12/31	Continuo	Informe de auditoria	100%	PAS-06.1-2019: Se realiza auditoria Base de pacientes crónicos(HTA) enviada por referente crónicos PAS-06.2-2019: Se desarrolló el instrumento para la evaluación de Adherencia de Guías de DM PAS-06.3-2019: Se realizan 3 auditorias de adherencia a la Guía de Manejo de Crecimiento y Desarrollo PAS-06.1-2019: Matriz de trabajo e Informe De Auditoria Trimestral PAS-06.2-2019: Auditoría de Historias Clínicas PAS-06.3-2019: Auditoría de Historias Clínicas Pantallazos de los correos enviados a la Subgerencia Comunitaria con el informe Bases de corte de Pacientes con Dx de DM II PAS-06.3-2019: Se entrega matriz de auditoria e informe



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2019

N°	SUBGERENCIA	IDENTIFICACION		CONSECUENCIAS				ANALISIS				MANEJO				PLAZO				PRIMER TRIMESTRE SEGUIMIENTO 1		
		TIPO	RIESGO	CAUSA	CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION	IMPACTO DE CREDIBILIDAD E IMAGEN	IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABILIDAD	IMPACTO	NIVEL	CONTROLES EXISTENTES	OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN	RESPONSABLES DE LA ACCIÓN	INDICADOR	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO	REGISTRO DE EVIDENCIA	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
25	SUBGERENCIA COMUNITARIA	De Cumplimiento	Fallas en el control de Pacientes hipertensos dentro de la Línea Base 2018.	1. No realizar los registros correspondientes	5	5	4	2	1	5	Alto	Se Crearan para la Vigencia	Asumir transferir	Realizar seguimiento a los pacientes diagnosticados como hipertensos		Número de pacientes con cifras tensionales inferiores a 140/90 mm Hg en el último trimestre * 100/ número de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial reportados que asisten a control.	2019/02/28	2019/12/31	Continuo	Informe de auditoria	100%	Realizar reporte de todos los pacientes con Dx HTA atendidos en el programa de crónicas No Transmisibles institucional, así como el seguimiento a todos aquellos que no tengan adherencia a tratamientos e indicaciones del personal de salud. La periodicidad de controles es estipulada por el profesional tratante de acuerdo a la adherencia de tratamientos instaurados.
														Realizar seguimiento a los pacientes inasistentes del programa de Crónicos						100%	Realizar seguimiento a todos los pacientes inasistentes al control de Crónicas con el fin de tener un seguimiento estricto de la patología base	
26	SUBGERENCIA COMUNITARIA	De Cumplimiento	fallas en la educación de la lactancia materna en menores de 6 meses.	1. Incumplimiento al Protocolo	5	5	4	2	1	5	alto	seguimiento al protocolo	Asumir	1. Seguimiento a Adherencia al Procolo		% de Adherencia al protocolo	2019/02/28	2019/12/31	Continuo	1. Informe de Supervisión con % de Adherencia	100%	Durante la consulta de crecimiento y desarrollo, se educa a madre y/o cuidador en técnicas de lactancia materna así como las recomendaciones de la adecuada conservación con el fin de incentivar la lactancia materna exclusiva
27	SUBGERENCIA COMUNITARIA	De Cumplimiento	No realizar el seguimiento a las citologías con reporte positivo.	1. incumplimiento al protocolo	5	5	4	2	1	5	alto	seguimiento al protocolo	Asumir y Compartir	Seguimiento a resultados positivos de citologías		total de seguimientos efectivos a las citologías positivas /total de citologías positivas	2019/02/28	2019/12/31	Continuo	Seguimiento a resultados positivos	100%	Se realiza seguimiento telefónico a las usuarias con resultado de citología positiva Todas las citologías positivas son reportadas a las EPS y se le informa a la usuaria que gestione la autorización de consulta por ginecología, una vez cumplido esto solicite cita. Dicha información está reportada en la Historia Clínica para verificación
28	SUBGERENCIA COMUNITARIA	De Cumplimiento	Fallas en la implementación de los 10 pasos de la estrategia IAMI.	1. incumplimiento al protocolo	5	5	4	2	1	5	alto			Realizar capacitación y evaluación sobre la estrategia IAMI en todos los procesos del Hospital Mario Galán Yanguas de Soacha.		No. de pasos implementados Estrategia IAMI / No total de Pasos estrategia IAMI	2019/02/28	2019/12/31	Continuo	Porcentaje de implementación de estrategia IAMI	100%	Se realiza capacitación a un total de 114 funcionarios de Centros, Puestos de Salud y Enfermería, e inducción al Personal Nuevo y estudiantes en el I trimestre 2019.
100%																						
29	SUBGERENCIA CIENTIFICA	cumplimiento	No presentar el reporte de los eventos en salud mental (tipologías de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida - fuente SIVIGILA)	1. No identificación del evento de interés en Salud publica 2.No diligenciamiento de la ficha de notificación	4	1	3	2	3	4	alto		asumir y compartir	capacitar al personal asistencial frente a notificación de eventos de interés en salud publica	referente en vigilancia epidemiológica	# eventos reportados SIVIGILA x 100 / # total de eventos identificados (CIE 10, BAI e HC)	2019/02/28	2019/12/31	continuo	SE REALIZA BUSQUEDA DE EVENTOS QUE CUMPLEN CRITERIOS PARA IDEACION SUICIDA E INTENTO SUICIDA QUE INGRESAN AL HMGY	100%	LOS EVENTOS SE NOTIFICAN DE ACUERDO A LA FICHA 356 Y LA FICHA DE IDEACION SUICIDA
30	SUBGERENCIA CIENTIFICA	operacional	fallas en la notificación oportuna del 100% de los eventos de interés y calidad en la información y los registros del SIVIGILA (13DG) (14DG)	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 priorizados	referente en vigilancia epidemiológica	# de procesos institucionales de Vigilancia Epidemiológica reportados * 100 / # de procesos institucionales de Vigilancia Epidemiológica identificados	2019/02/28	2019/12/31	continuo	listado de asistencia con registro fotográfico	100%	ACTIVIDADES PROPUESTAS BAI - RIPS - REVICION EGRESOS - ESTADISTICAS VITALES - REPORTE DE LABORATORIOS BASE DEL SIVIGILA CORREOS DE ALERTAS DE SILENCIOS EPIDEMIOLOGICOS CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
31	SUBGERENCIA CIENTIFICA	cumplimiento	fallas en el cumplimiento del Plan de sostenibilidad del Sistema Único de Habilitación	1. Desconocimiento de la normatividad 2.No realizar planes de mejoramiento	4	1	3	3	3	4	alto	seguimiento actividades del plan de mejoramiento	asumir y compartir	Seguimiento al plan de sostenibilidad del SUH vigencia 2019.	referente de y habilitacion	# actividades cumplidas del Plan de Sostenibilidad del SUH# actividades propuestas del Plan de Sostenibilidad del SUH	2019/02/28	2019/12/31	continuo	Actas de Seguimiento, Fotos, Socializaciones.	33%	Plan de Trabajo SUH
..	SUBGERENCIA		No realizar seguimiento a los indicadores reportados en la resolución 256.	1. Fallas en el Proceso de Inducción y Reinducción del Personal 2. Insuficiencia de Recurso Tecnológico	4	2	1	3	4	2	alto	clasificación y seguimiento de los indicadores	Asumir y Compartir	Realizar el Reporte oportuno de indicadores.	referente de y habilitacion	# presentaciones realizadas (256 a JD) * 100/ # presentaciones programadas (256 a JD)	2019/02/28	2019/12/31	continuo	2. Actas de Socialización y Registro Fotográfico	50%	La Res. 256 consta de 55 indicadores, de los cuales 44 le aplican a la institución y de estos, 20 indicadores son de autorreporte. Para la vigencia de II semestre de 2018 estos 20 indicadores fueron validados y reportados oportunamente el día 29 de enero de 2019.



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2019

N°	SUBGERENCIA	IDENTIFICACION		CAUSA	CONSECUENCIAS				ANALISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			PLAZO				REGISTRO DE EVIDENCIA
		TIPO	RIESGO		CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION	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	
32	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Estratégico	No generar un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	1. Desconocimiento de la normatividad 2. No contar con el personal necesario para realizar los planes de mejoramiento	4	2	1	3	4	2	alto	seguimiento a las actividades del plan de mejoramiento continuo	Asumir y Compartir	formulación y ejecución del PAMEC, basado en la ruta crítica establecido en las pautas para la auditoría para el mejoramiento de la calidad.	referente de y habilitación	# acciones implementadas del PAMEC *100 / # total de acciones propuestas del PAMEC	2019/02/28	2019/12/31	continuo	2. Actas de Socialización y Registro Fotográfico
33	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Operativo	No realizar mediciones de satisfacción de los usuarios	1. Fallos en el Proceso de Inducción y Reinducción del Personal 2. Insuficiencia de Recurso Tecnológico	5	5	5	5	3	5	Extremo	implementación formato de encuesta de satisfacción	Asumir y Compartir	Realizar encuestas de satisfacción, análisis y plan de mejoramiento.	Referente trabajo social	# usuarios satisfechos * 100 / # usuarios entrevistados	2019/02/28	2019/12/31	Primer Cuatrimestre	1. Actas de Socialización y Registro Fotográfico
34	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Operativo	faltas en los tiempos de respuesta de las PQRSDF en la ESE HMGY de Soacha	Desconocimiento de la normatividad	4	3	4	1	3	3	moderado	socialización procedimiento PQRSDFS	Asumir y Compartir	Seguimiento a las PQRSDF clasificadas según fallos en trato digno y calidad inísimas mensualmente al gerente y subgerente sobre los tiempos de respuestas de las PQRSDF	Referente trabajo social	Sumatoria total de los días hábiles transcurridos entre la recepción de las PQRSDF y la emisión de respuesta / Número de total de PQRSDF recibidas.	2019/02/28	2019/12/31	Continuo	4. Acta de comité MECI y registro Fotográfico
35	SUBGERENCIA CIENTIFICA	OPERATIVO	Incumplimiento al Plan de Acción del Programa de Seguridad del Paciente de la ESE	1. desconimiento del programa de Seguridad del paciente	4	3	4	1	3	3	moderado	socialización del programa de seguridad del paciente	asumir y compartir	Porcentaje de cumplimiento al Plan de Acción del programa de Seguridad del Paciente	referentes de apoyo DX y terapéutico y seguridad Paciente	No. Actividades del Plan de Acción de Seguridad del Paciente cumplidas * 100. / No. De actividades propuestas del Plan de acción de Seguridad del paciente	2019/02/28	2019/12/31	primer cuatrimestre	acta de compilación de capacitaciones con registro fotográfico
36	SUBGERENCIA CIENTIFICA	OPERATIVO	No dar cumplimiento al Plan de Acción del Programa de Humanización de la ESE	1. Desconocimiento del actividades a desarrollar	4	2	3	2	3	3	moderado	implementación de actividades	asumir y compartir	# acciones del Plan de Acción de Humanización implementadas *100 / # total de acciones propuestas del Plan de Acción de Humanización	referentes de apoyo DX y terapéutico	# acciones del Plan de Acción de Humanización implementadas *100 / # total de acciones propuestas del Plan de Acción de Humanización	2019/02/28	2019/12/31	continuo	matriz semaforizada con % de cumplimiento

PRIMER TRIMESTRE SEGUIMIENTO 1	
RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
50%	Se realiza construcción del Procedimiento gestión del PAMEC con enfoque en acreditación CA-PRD-21. Cronograma de ejecución PAMEC. De acuerdo a cronograma. Autoevaluación grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencia SUA-PACAS. Revisión por parte del grupo de calidad de autoevaluación para establecer procesos susceptibles de mejora. Construcción Documento PAMEC 2019.
100%	SE APLICA EL INSTRUMENTO DE EVALUACION DE SATISFACCION POR CADA UNA DE LAS UNIDADES FUNCIONALES INCLUYENDO LOS OPERADOS POR TERCEROS. EL TOTAL POR SERVICIO SON 100 ENCUESTAS. EN APOYO DIAGNOSTICO SE REALIZARON 125 ENCUESTAS PARA EL MES DE ENERO DE 2019
100%	SE REALIZA SEGUIMIENTO A CADA UNA DE LAS PQRSDF REGISTRADAS EN EL MES. SE CONVOCA A LOS REFERENTES DE PROCESOS PARA GENERAR LA RESPUESTA EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS.
100%	Se realiza consolidado de los eventos de seguridad reportados, la cual se alimenta diario. Se realiza investigación, análisis y clasificación de los E.A en la base de datos de reportes. Mensualmente se realiza un comité de seguridad del paciente, donde interactúa el grupo interdisciplinario se exponen, analizan y ratifican la clasificación del E.A. y conducta a seguir.
100%	Se realizó actualización de la política y programa de Humanización. Se hace la aclaración que la política de humanización debe ir aprobada por la junta directiva. Formulación del plan de acción de Humanización. La política y el plan de acción están sujetos a modificación por las sugerencias de la visita de MisionSalud
81%	

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	66%
SUBGERENCIA COMUNITARIA	100%
SUBGERENCIA CIENTIFICA	81%
AVANCE TOTAL	83%