



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2019

N°	SUBGERENCIA	IDENTIFICACION		CAUSA	CONSECUENCIAS			ANALISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			INDICADOR	PLAZO				SEGUNDO TRIMESTRE SEGUIMIENTO 2			
		TIPO	RIESGO		CONFIDENCI ALIDAD DE LA INFORMACI ÓN	IMPACTO DE CREDIBILID AD E IMAGEN	IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABI LIDAD	IMPACTO		NIVEL	OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN		RESPONSABLES DE LA ACCIÓN	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%	Base de datos de consumos de agua, energía consolidado total Registro fotográfico de actividades realizadas, día del medio ambiente y huerta ecológica.		
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%	Celebración día mundial del medio ambiente.
															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%	Informe ante comité gestión ambiental, sobre material reciclado en el 2019.
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%	*Ingreso de información consolidada a la plataforma (Cundinamarca más verde).
															Medición de CO2 mediante calculadora ambiental de la Gobernación de Cundinamarca			2019/01/01	2019/01/31	CONTINUO	actas de capacitación y registro fotográfico	100%	*Resultado obtenido de la información suministrada mediante pagina web.
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	50%	Se actualiza documento de Sede Granada Pablo Neruda.
															Socializar el plan con unidad de gestión del riesgo municipal.					2019/03/01	2019/12/31	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico
5	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	Fallas en la Implementation 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	50%	Se capacita brigada de Emergencias con ARL. Unidad de Gestión de Riesgo y Referente de Referencia y contrarreferencia



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2019

N°	SUBGERENCIA	SEGUNDO TRIMESTRE																				
		SEGUIMIENTO 1										SEGUIMIENTO 2										
		IDENTIFICACION	RIESGO	CAUSA	CONFIDENCI ALIDAD DE LA INFORMACION	IMPACTO DE CREDIBILIDAD E IMAGEN	IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABI LIDAD	IMPACTO	NIVEL	CONTROLES EXISTENTES	OPCIÓN DE MANEJO	MANEJO	RESPONSABLES DE LA ACCIÓN	INDICADOR	PLAZO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO	REGISTRO DE EVIDENCIA	RESULTADO DEL INDICADOR
6	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No dar cumplimiento con el Reporte mensual del Sistema de Vigilancia en Salud Laboral y el 100% de los eventos de origen laboral de acuerdo a los Lineamientos.	Desconocimiento de la normalidad	5	4	1	4	5	4	Extremo	capacitación al personal para el reporte	Asumir y Transferir	Socialización de los Lineamientos SIVISALA a todo el personal.	REFERENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Numero de Reportes entregados / Número de Reportes Programados	2019/03/01	2019/12/31	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico	100%	Se realiza capacitación a Enfermería y Médicos
														Seguimiento al Reporte		2019/03/01	2019/12/31	Continuo	2. Informe de Seguimiento	100%	Se realiza el reporte mensual por parte de epidemiología al área de SST y se remite a Secretaría de Salud de Cundinamarca y Soacha	
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%	Mensualmente se presenta informe de actividades del sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo en Macrocomité
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 Fisicos 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	40%	Se realiza el comité de gerenciamiento en los meses de Mayo y Junio de 2019. Se inicia el proceso de parametrización del modulo de costos, con asesoría de un contratista externo.
9	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No dar cumplimiento con la implementación de Gobierno en Digital y con los requisitos del portal interactivo.	1. Falta 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	Sitio web institucional	100%	Se realiza la publicación de información en sitio web institucional, según lo dispuesto por la normatividad.
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 5. 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 informática	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 2016 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 planteamiento de búsqueda de recursos y concepto de viabilidad.	REFERENTE CARTERA	Recuperación de cuentas por cobrar en vigencia 2019 (cartera 2016)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 planteamiento de búsqueda de recursos y concepto de viabilidad.	50%	Se anexa conciliaciones de cartera y cruce de valores pendientes de descargar con CAJACOP, COMFACUNDI, COOMEVA, MEDIMAS, SALUDOTAL, SECRETARIA DEL VALLE, SOS, COMFAMILAR HUILA, SANITAS, CRUZ BLANCA, CONVIDA, NUEVA EPS, PUJOS en proceso AMBU, SECRETARIA DE CAQUETA, ANTIOQUIA, LIBERTY, PENDIENTE DE FIRMA SALUD VIDA
15	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No Lograr el recaudo y depuración del 40% de cartera de la vigencia 2016 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 > 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	50%	Cruce de cápita con COMPARTA



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2019

N°	SUBGERENCIA	IDENTIFICACION			CONSECUENCIAS				ANALISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			INDICADOR	PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	SEGUNDO TRIMESTRE SEGUIMIENTO 2	
		TIPO	RIESGO	CAUSA	CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION	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	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 realizo socialización del cronograma de trabajo
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	40%	1. Se realiza cuadro de archivo de gestión programado a organizar a fin de dar cumplimiento a la normatividad. 2. Se realizan socialización en los puestos y centros de salud a fin de generar conciencia respecto a la 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	N° de Socializaciones realizadas/N° de Socializaciones Programadas	2019/02/28	2019/12/31	Continuo	1. Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	50%	De acuerdo al resultado de la ejecución de gastos trimestral con corte al 30 de Junio de 2019 se realizó el avance y seguimiento por cada concepto de adquisición en el gasto.
19	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Financiero y Operacional	tallas 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	50%	SE DIO CUMPLIMIENTO AL 100% DEL PLAN DE VACANTES INSTITUCIONAL DE ACUERDO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO
20	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	De Cumplimiento	tallas 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	50%	EL PLAN DE PREVISION SE ENTREGO EN EL MES DE MAYO A LA AREA DE CALIDAD CON EL FIN DE SER REVISADO Y CODIFICADO
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	50%	SE REALIZO DURANTE LOS MESES DE ABRIL, MAYO Y JUNIO LAS INDUCCIONES AL PERSONAL QUE INGRESO A PRESTAR SUS SERVICIOS AL HOSPITAL
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	50%	SE TENIA PROGRAMADAS 21 CAPACITACIONES DE ACUERDO AL CRONOGRAMA DE CAPACITACION DONDE SE REALIZARON 20 ACTIVIDADES Y SE TIENE PENDIENTE LA CAPACITACION DE ODONTOLOGIA POR REPROGRAMAR.
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	50%	SE TENIAN PROGRAMADAS 10 ACTIVIDADES A CORTE 30 DE JUNIO DENTRO DEL CRONOGRAMA DEL PLAN DE INCENTIVOS Y BIENESTAR SOCIAL DE LAS CUALES SE REALIZARON 9, LA ACTIVIDAD DEL DIA DEL FUNCIONARIO PÚBLICO SE TRASLADO PARA EL 196 DE JULIO DE 2019
																				73%		



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
		TIPO	RIESGO			IMPACTO DE LA 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	
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	programacion de auditorias	Asumir	evaluar la adherencia a la guía de practica clínica de HTA, DM y CyD	Ingeniera Ambiental	No. De auditorias de HC realizadas *100 / No. Auditorias programada	2019/02/28	2019/12/31	Continuo	Informe de auditoria
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 ultimo trimestre * 100/ numero de pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial reportados que asisten a control.	2019/02/28	2019/12/31	Continuo	Informe de auditoria
26	SUBGERENCIA COMUNITARIA	De Cumplimiento	fallas en la educacion 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
27	SUBGERENCIA COMUNITARIA	De Cumplimiento	No realizar el seguimiento a las citologias 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 citologias		total de seguimientos efectivos a las citologias positivas /total de citologias positivas	2019/02/28	2019/12/31	Continuo	Seguimiento a resultados positivos
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 Gallán Yanguas de Soacha.		No. De pasos implementados Estrategia IAMI / # de procesos institucionales de IAMI	2019/02/28	2019/12/31	Continuo	Porcentaje de implementación de estrategia IAMI
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	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 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
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 prioritizados	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

SEGUNDO TRIMESTRE SEGUIMIENTO 2	
RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
100%	PAS-06.1-2019:Se realizo auditoria de historia clinica a pacientes con Dx Hipertension Arterial, de acuerdo a las atenciones generadas en cada una de las sedes de la subgerencia comunitaria. PAS-06.2-2019: Se aplico auditoria a la Guia De Practica Clinica de Diabetes mellitus de acuerdo a las atenciones realizadas a usuarios con este diagnostico. PAS-06.3-2019: Se realizaron 3 auditorias de adherencia a la guia clinica de Manejo de Crecimiento y Desarrollo en los meses de abril, mayo y junio del 2019 en los Municipios de Soacha, Sibate y Granada. PAS-06.1-2019: Matriz de trabajo e Informe De Auditoria Trimestral PAS-06.2-2019: Matriz de auditoria, informe de auditoria, matriz general de atenciones. PAS-06.3-2019: Se entrega matriz de auditoria e informe
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.
100%	Realizar seguimiento telefónico a los pacientes inasistentes a control de su patología de base. (HTA)
100%	Durante la consulta de crecimiento y desarrollo a menores de 6 meses se indaga y realiza sesión educativa en lactancia materna para fortalecer la exclusividad hasta los 6 meses..
100%	Se realiza seguimiento telefónico a las usuarias con resultado de citología positiva y el reporte respectivo a las EAPP
100%	Se realiza capacitación a un total de 104 funcionarios del área administrativa y operativa del hospital.
100%	
100%	SE REALIZA BUSQUEDA DE EVENTOS QUE CUMPLEN CRITERIOS PARA IDEACION SUICIDA E INTENTO SUICIDA QUE INGRESAN AL HMGY
100%	ACTIVIDADES PROPUESTAS BAI - RIPS - REVISION EGRESOS - ESTADISTICAS VITALES - REPORTET DE LABORATORIOS- BASE DEL SIVIGILA BASE BAI (BASES BAJO CUSTODIA DE LA REFERENTE) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2019

N°	SUBGERENCIA	IDENTIFICACION		CONSECUENCIAS				ANALISIS				MANEJO			INDICADOR	PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	
		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	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN		PERIODO DE SEGUIMIENTO
31	SUBGERENCIA CIENTIFICA	cumplimiento	fallas en el cumplimiento del Plan de sostenibilidad del Sistema Único de Habitación	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 habilitación	# 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.
32	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Estratégico	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 habilitación	# 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
			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 establecida 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. Fallas 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	fallas 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 calidez informar 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 / Numero 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. desconocimiento 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

SEGUNDO TRIMESTRE SEGUIMIENTO 2	
RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
50%	se realizaron rondas, visitas, reuniones y seguimiento a planes de mejora
50%	Se recolecta la información para la construcción de los diferentes indicadores de acuerdo a los dominios establecidos en la normatividad vigente
50%	Se realiza formulación y ejecución del PAMEC sede hospitalaria de acuerdo a ruta crítica.
100%	Aplicación del Instrumento de Evaluación del Indicador de Satisfacción a los servicios de la institución, incluyendo los operados por terceros.
100%	Ajustar Numerador del Indicador, respecto a días hábiles establecidos para la respuesta de PQRSDF. Se socializa en Macrocomité el indicador de PQRSDF
100%	Se cumple con el reporte de eventos, se realiza revisión de II trimestre y consolidado primer semestre con clasificación de todos los sucesos de seguridad en: Indicio, Incidentes, acciones inseguras y eventos adversos. En el mes de junio se realiza para análisis los sucesos de seguridad de mayor reporte: Caídas, Flebitis y errores en la administración de medicamentos. Se realiza identificación de factores contributivos generando plan de mejora
100%	Se realiza seguimiento y aplicación del plan de acción de Humanización mediante la realización de actividades que responden a las cuatro estrategias comprendidas en el programa de humanización.
83%	

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	73%
SUBGERENCIA COMUNITARIA	100%
SUBGERENCIA CIENTIFICA	83%
<b>AVANCE TOTAL</b>	<b>85%</b>