



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2019

N°	SUBGERENCIA	IDENTIFICACION		CONSECUENCIAS				ANALISIS			MANEJO				PLAZO				TERCER TRIMESTRE SEGUIMIENTO 2			
		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
1	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Estratégico	Incumplimiento Del Plan Institucional De Gestion Ambiental - Pga - Bajo El Concepto "Hospitales Verdes De La Ese HmgY	1. Desconocimiento Concepto "Hospitales Verdes De La Ese HmgY	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%	La E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas, trabaja bajo los cinco objetivos inscritos en la "Red global de hospitales verdes", los cuales están en caminados a fortalecer el sistema de gestión ambiental de la institución, las actividades correspondientes al III trimestre del año 2019, son las siguientes: 1-Seguimiento y recolección de termómetros digitales entregados al área asistencial, con el fin de evitar que los funcionarios tengan termómetros de mercurio dentro de la institución, dando cumplimiento a la línea de acción definida en el plan del año 2019. (Se anexa informe y acta de seguimiento y entrega de termómetros). 2- Actividad lúdica de capacitación al personal en manejo, importancia, reducción de residuos y segregación en la fuente, entregando bolsas reciclables a todos los asistentes a la actividad. (Se anexa informe de actividad y actas de personal que participo) Como actividad de complemento en coordinación con el municipio se realiza el cambio de puntos ecológicos que se encontraban en mal estado, para un total de 8 puntos ecológicos nuevos en la institución. (Se anexa informe de actividad y actas de entrega de los puntos ecológicos por sede) 3-Brigadas de mantenimiento, con el fin de detectar goteros, o escapes, ya que el simple goteo de un grifo gasta más de 30 litros al día, tomando las correspondientes medidas correctivas inmediatas en el recorrido realizado por las áreas. (Se anexa informe de actividad y acta de mantenimiento) 4-En el papel tapiz de cada escritorio se colocaron mensajes alusivos y lúdicos ambientales relacionados con los cinco objetivos vinculados por el E.S.E Hospital Mario Gaitán Yanguas en el programa "Hospitales Verdes". Buscando sensibilización y adherencia al mismo. (Se anexa mosaico de las tapices utilizados en los fondos de pantalla, de los PC, ubicados en el hospital).	
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	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%	Se realizan las siguientes actividades en cumplimiento al programa de aprovechamiento de reciclaje: 1-Capacitación de refuerzo sobre programa de reciclaje en la inducción y re-inducción del personal, con el fin de que el personal aplique y conozca las técnicas de reciclaje manejadas en el hospital, como material informativo se difunde mensaje sobre reciclaje. 2-Sensibilización al personal por medio de fondos de pantalla, mensajes vía WhatsApp y se publica en pagina web.	
														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%	En el III trimestre se realizaron las siguientes actividades realizando la socialización del plan de acción. 1-Entrega de bolsas reciclables y sensibilización lúdica a todos los funcionarios del hospital, mediante el proyecto municipal de residuos solidos, incentivando al personal a no manejar bolsas plásticas y explicando las consecuencias del plástico y el tiempo que tarda en biodegradarse en el medio ambiente. (Se anexa informe de actividad y actas de personal que participo) 2-Cambio de puntos ecológicos en mal estado con el fin de reforzar el tema de segregación en la fuente (Se anexa informe de actividad y actas de entrega de los puntos ecológicos por sede)	
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 HMGY	Asumir y Transferir	Ingeniera Ambiental	No. Acciones del plan de acción Huella de Carbono HMGY implementadas * 100 / Total de acciones del plan de acción Huella de Carbono HMGY programadas	2019/01/01	2019/01/31	CONTINUO	actas de capacitación y registro fotográfico	100%	Se diligencia el análisis de la medición de la huella de carbono en base de datos suministrada por la secretaria de salud de Cundinamarca, en la base de datos ya se encuentra el consolidado total y comparativo para el año 2017 y 2018.	
														Ingeniera Ambiental	No. Acciones del plan de acción Huella de Carbono HMGY implementadas * 100 / Total de acciones del plan de acción Huella de Carbono HMGY programadas	2019/01/01	2019/01/31	CONTINUO	actas de capacitación y registro fotográfico	100%	Durante el trimestre se realizaron las siguientes actividades: -Se analizan los resultados finales correspondientes a los años 2017 y 2018, los cuales son favorables para la institución obteniendo una disminución de la huella de carbono en el año 2018, lo cual demuestra que todas las actividades encaminadas a los objetivos inscritos en la red global de hospitales verdes, descritas en el indicador #1, contribuyen a la disminución de la huella de carbono a nivel institucional, dando como resultado para el año 2017 un total de 282.2 toneladas de Co2 para compensar mediante siembra de árboles, y para el año 2018, un total de 252.6 toneladas de Co2, observándose una disminución de 29.6 toneladas de Co2 en un año, se espera que	
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 de 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	REFERENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Documento actualizado y aprobado por el CRUE.	2019/03/01	2019/05/01	Primer Cuatrimestre	1. Pantalazos de las Alertas Implementadas	50%	Se elabora plan de emergencia de las Sedes de Jesús Ochoa, Centro de Rehabilitación y se actualiza el documento de la sede Administrativa	
														REFERENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Documento actualizado y aprobado por el CRUE.	2019/03/01	2019/12/31	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico	50%	Se realiza reunión para seguimiento de planes de emergencia con secretaria de salud de las sedes de consulta externa y hospital, el Municipio deja como evidencia acta y lista de chequeo de Plan de emergencias para seguimiento. Se asiste a reunión con UNGRM para coordinar actividad de simulacro Nacional en el mes de septiembre, con el fin de definir roles y responsabilidades.	
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 * 100/9 actividades del Plan de Emergencias planeadas	2019/03/01	2019/12/31	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico	100%	De acuerdo a cronograma de actividades, se capacita brigada de emergencias, personal de seguridad y se realiza preparativos para simulacro nacional. A la fecha se ha ejecutado el 100% del cronograma previsto para emergencias 2019.
			No dar cumplimiento con el Reporte												Socialización de los Lineamientos SIVISALA a todo el personal.		2019/03/01	2019/12/31	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico	100%	Se realiza capacitación por parte de referentes durante este trimestre, con información suministrada en el trimestre anterior.



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2019

N°	SUBGERENCIA	IDENTIFICACION			CONSECUENCIAS				ANALISIS			MANEJO				PLAZO				
		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
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 / Número de Reportes Programados	2019/03/01	2019/12/31	Continuo	2. Informe de Seguimiento
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
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 - TIC'S	# 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
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 - TIC'S	# 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
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 - TIC'S	# folios enviados al SIUS / Total folios realizados SI US	2019/03/01	2019/12/31	Continuo	cronograma con seguimiento
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 - TIC'S	# reportes realizados / total de reportes Trimestral (18/seis mensuales)	2019/03/01	2019/12/31	Continuo	informe de seguimiento
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 - TIC'S	# 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
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 - TIC'S	# 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
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 Compartir	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 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 planteamiento de búsqueda de recursos y concepto de viabilidad.
15	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No Lograr el recaudo y depuración del 40% de cartera de la vigencia 2018 hacia áreas	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
16	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	Falta de implementación de 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 Planeadas (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.

TERCER TRIMESTRE SEGUIMIENTO 2	
RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
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
100%	Mensualmente se presenta informe de actividades del sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo en Macrocorriente. Temas tratados en el trimestre: Capacitación de Brigada de emergencias, Preparación para simulacro Nacional, inspecciones COPASST, Actividades de semana de la salud, señalización.
75%	Se realiza el comité de gerenciamiento en los meses de Agosto y Septiembre de 2019. Se realiza el proceso de actualización del sistema de información. Se realiza análisis de información de las dificultades y plan de trabajo (actas)
100%	Se realiza la publicación de información en sitio web institucional, según lo dispuesto por la normatividad, con seguimiento semanal. Se realiza actas de verificación y lista de chequeos de cumplimiento de los requisitos de la web.
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. Se realiza análisis de la información de lo cual se desprende el manejo de la información del SIUS.
100%	Dentro de las actividades dispuestas para el tercer trimestre es el reporte de información al SIUS Financiero para lo cual se realizó el acompañamiento a los procesos financieros con base al cierre de trimestre y reporte al 2193
50%	Dentro de las actividades definidas para el PETIC esta en ejecución, de las 13 metas programadas de las cuales se han realizado 5 Durante el III Trimestre. Logrando la adquisición de los equipos de computo para el Centro de Salud de Sibate y el canal dedicado de internet en fibra óptica.
33%	Se ha dado cumplimiento a 2 de las 6 actividades propuestas en el Plan, dando un cumplimiento del 33%
50%	Durante el III trimestre del 2019 se adelantaron cruces de cartera con corte 30 de junio del 2019 ASMET SALUD, ASOCIACION INDIGENAS DEL CAUCA, GOBERNACION DEL CESAR, SALLIOTOTAL CAPITAL SALUD, COMFACIUNDI, CRUZ BLANCA, ECOPOSS, EMSANAR, FAMSANAR, CONVIDA, Cruces a Mayo del 2019 COMFAMILIAR HUILA, COOMEVA, EPS SANITAS, PUAOS, MEDIMAS, SECRETARIA DEL VALLE y a Diciembre del 2018 NUEVA EPS
50%	Las actas de cruce para recuperación de cartera corriente forman parte del cruce de depuración de cartera con las EAPB
50%	Durante el tercer trimestre del Año se realizó el acto administrativo mediante el cual se definieron los centros de costos definitivos mediante los cuales la ese va a trabajar el sistema de información, se realizó la debida resolución, se parametrizó la homologación de cuentas de aproximadamente 1717 cuentas, se realizaron 21 paquetes de cuentas para la interrelación de aproximadamente 630 cuentas de Nomina y de Activos Fijos, se revisaron los conceptos de Cuentas por pagar e inventarios los cuales ya se encuentran listos para la puesta en marcha del sistema, se socializo a facturación los resultados de servicios IPS, con el fin de disminuir el margen de error en los productos generados por el sistema y se actualizaron las cuentas.



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2019

N°	SUBGERENCIA	IDENTIFICACION			CONSECUENCIAS				ANALISIS			MANEJO				PLAZO				TERCER TRIMESTRE SEGUIMIENTO 2			
		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	
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 MFG.	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	75%	1. Se entrega archivo de contratación clasificado y organizado según la normatividad. 2. Se crea el Formato Único de Inventario Documental 3. Se convalidan las Tablas de Retención Documental 4. Se crea procedimiento de comunicaciones oficiales. 5. Se actualiza software Datadoc	
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	67%	La contratación de mano de obra de las áreas misionales y administrat., cubre el total de los servicios, con una ejecución en el tercer semestre 2.019, del 90,6%. Para el grupo de GASTOS GENERALES, se financiaron los servicios en su totalidad, con una ejecución a septiembre del 83,6%. Dentro de los GASTOS DE OPERACION, que incluye los medicamentos e insumos médico quirúrgicos, odontológicos, alimentos y servicios operados por terceros, se cubrieron los compromisos totales a Septiembre, alcanzando una ejecución del 85,0%. La ejecución global del PAA, al finalizar el tercer trimestre 2.019, en los tres grupos del Gasto, es del 87,9% total	
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	50%	Se realizó análisis de la información del plan de vacantes, de acuerdo a la normatividad de 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	50%	En el mes de julio fue revisado codificado y publicado el plan de previsión en la intranet cumpliendo así con el 100% de las actividades programadas de acuerdo al cronograma establecido.	
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 realizó 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 tenía programadas 2 capacitaciones de acuerdo al cronograma de capacitación donde se realizaron 19 actividades y se realizó la capacitación pendiente de odontología y queda pendiente derechos humanos de talento humano	
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 tenían programadas 5 actividades para el trimestres de julio a septiembre dentro del cronograma del plan de incentivos y bienestar social de las cuales se realizaron 4, la actividad del día de la salida de integración fue aplazada para el mes de octubre debido a la demora de las empresas que ofertaban en la presentación de las cotizaciones, se realizó la actividad del día del funcionario público el día 19 de julio que había sido aplazada	
																						75%	
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	porgramacion de auditorias	Asumir	evaluar la adherencia a la guía de practica clínica de HTA, DM y CyD	Ingeniera Ambiental	No. De auditorías 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 a las historias clínicas con diagnósticos de Hipertensión arterial de los meses Julio (109), Agosto (109) y septiembre (109) (tercer trimestre 2019) para verificar la adherencia a la Guía institucional de los profesionales de la subgerencia comunitaria que laboran en las sedes PAS-06.2-2019: Se aplicó el instrumento para la evaluación de adherencia de guía clínica Diabetes Mellitus a 253 historias clínicas que cumplieron con el criterio de inclusión reportadas por las sedes del Hospital Mario Galian Yanguas de Sacaña correspondiente a los meses Julio (79), agosto (86) y Septiembre (88) 2019. PAS-06.3-2019: Se continua realizando 1 auditoria mensual para un total de 3 auditoria es este periodo. En la cual de ha medido Adherencia a la Guía Clínica de Crecimiento y desarrollo.	
																					100%	Realizar reporte de todos los pacientes con Dx de Hipertensión Arterial en base datos de alto costo y realizar seguimiento a todos aquellos pacientes que no tienen adherencias a tratamientos.	
																						100%	Realizar reporte de todos los pacientes con Dx de Hipertensión Arterial en base datos de alto costo y realizar seguimiento a todos aquellos pacientes que no tienen adherencias a tratamientos.



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2019

N°	SUBGERENCIA	IDENTIFICACION		CONSECUENCIAS				ANALISIS				MANEJO				PLAZO				TERCER TRIMESTRE SEGUIMIENTO 2		
		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 inasistentes del programa de Crónicos		tensionales inferiores a 140/90 mm Hg en el ultimo trimestre * 100/ numero de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial reportados que asisten a control.	2019/02/28	2019/12/31	Continuo	Informe de auditoria	100%	Realizar seguimiento telefónico a los usuarios inasistentes al programa con el fin de mantener un control sobre su patología.
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	100%	En la consulta de puerperio, así como en la de crecimiento y desarrollo se indaga la exclusividad de lactancia materna a los menores entre 0 a 6 meses de edad, con el fin de fortalecer la misma y fomentar la exclusividad y la libre demanda durante los primeros 6 meses de edad.
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 continúa realizando seguimiento telefónico a las usuarias con resultado de citología positiva las cuales son reportadas a las EAPB correspondiente y de igual manera a Secretaría de Salud Municipal.
28	SUBGERENCIA COMUNITARIA	De Cumplimiento	Fallas en la implementación de los 10 pasos de la estrategia IAMM.	1. incumplimiento al protocolo	5	5	4	2	1	5	alto			Realizar capacitación y evaluación sobre la estrategia IAMM en todos los procesos del Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha.		No. De pasos implementados Estrategia IAMM/ No total de Pasos estrategia IAMM	2019/02/28	2019/12/31	Continuo	Porcentaje de implementación de estrategia IAMM	100%	Se realizaron 6 actividades de capacitación con una cobertura a 189 funcionarios del área administrativa y operativa del hospital.
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 DEEACION SUICIDA E INTENTO SUICIDA QUE INGRESAN AL HMGY	100%	Se realiza analisis de los eventos que cumplen criterios para evento relacionado con Salud mental (Intento de suicidio)
30	SUBGERENCIA CIENTIFICA	operacional	fallas en la notificación oportuna del 100% de los eventos de interés y calidad en la información y los registros de 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 - revisión egresos - estadísticas vitales - reporte de laboratorios
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 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.	50%	Visitas de seguimientos a centros y puestos dispensa; cuidad latina; consulta externa en estándar de infraestructura y dotación e insumos además de la verificación de las unidades tanto básicas como medicalizada de la institución
32	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Estratégico	No realizar seguimiento a los indicadores reportados a 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	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 1 semestre de 2019 estos 20 indicadores fueron validados y reportados oportunamente el día 18 de julio de 2019.
			No generar un programa de auditoria 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 auditoria 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	50%	El PAMEC 2019, se encuentra en la fase de ejecución, de acuerdo al planteamiento de la ruta crítica (se anexa como evidencia). Dando cumplimiento al 100% del cronograma definido para la ruta crítica (se anexa como evidencia). Es decir en los meses de Julio a Octubre se tiene contemplado la etapa de ejecución del PAMEC 2019 y en los meses de Noviembre y Diciembre serán desarrolladas las etapas de análisis y evaluación, así como de aprendizaje organizacional.



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2019

N°	SUBGERENCIA	IDENTIFICACION			CONSECUENCIAS				ANALISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO				PLAZO			
		TIPO	RIESGO	CAUSA	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	INDICADOR	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO	REGISTRO DE EVIDENCIA
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	implementacion formato de encuesta de satisfaccion	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 PORSFD en la ESE HMGY de Soacha	Desconocimiento de la normatividad	4	3	4	1	3	3	moderado	socialización procedimiento PORSDFS	Asumir y Compartir	Seguimiento a las PORSFD clasificadas según fallos en trato digno y calidez informar mensualmente al gerente y subgerente sobre los tiempos de respuestas de las PORSFD	Referente trabajo social	Sumatoria total de los días hábiles transcurridos entre la recepción de las PORSDF y la emisión de respuesta / Número de total de PORSDF 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	implementacion 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

TERCER TRIMESTRE SEGUIMIENTO 2	
RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
100%	Se aplica el Instrumento de Evaluación del Indicador de Satisfacción a los servicios del Hospital, incluyendo los operados por terceros.
100%	Se aplica Numerador del Indicador, respecto a días hábiles establecidos para la respuesta de PORSDF. Se socializa en Macrocomité le indicador de PORSDF en forma mensual.
100%	Se recibe el reporte de sucesos de seguridad observando como se describe en logros, el aumento en 3.5 veces más sucesos que el trimestre anterior. Se realiza análisis de sucesos avanzando en nuevas metodologías como AMEF y Paciente trazador
100%	Actualización del plan de acción de humanización y de la resolución del comité de humanización.
83%	

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	75%
SUBGERENCIA COMUNITARIA	100%
SUBGERENCIA CIENTIFICA	83%
AVANCE TOTAL	86%