



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2019

N°	SUBGERENCIA	IDENTIFICACION		CONSECUENCIAS				ANALISIS				MANEJO				PLAZO				CUARTO 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
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 ludica. 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%	Sensibilización al personal sobre ahorro y uso eficiente de papel, creando una cultura en los funcionarios sobre la importancia de reducir y ahorrar papel mediante tips que conllevan a incentivar buenas practicas ambientales, contribuyendo a que en las oficinas se utilice el papel de modo más eficiente y se evidencia por medio de los resultados favorables con respecto a la cantidad de papel manejada por áreas. Desde el segundo trimestre hasta el cuarto trimestre del año 2019 se han ahorrado 344.620 copias totales durante nueve (9) meses, donde el ahorro aproximado de copias mensuales es de 21.385, al realizar la revisión del número de resmas entregadas del almácen general a la institución, comparando los años 2018 y 2019, se evidencia que durante el año 2018 se entregaron más resmas que durante el año 2019, con una diferencia de 508 resmas, lo que es una cifra significativa y demuestra la disminución y adherencia del consumo de papel en la que la institución se encuentra trabajando, dando un alcance del 100% según lo programado en el cronograma anual. Como resultado de todas las actividades nombradas se comprueba que el manejo de reciclaje ha sido optimo y las personas se adhieren al proceso del ahorro de papel.
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%	Capacitación reciclaje al personal de la institución, sensibilizando al personal sobre la importancia de segregar los residuos adecuadamente y promoviendo el aumento de la cifra económica que ingresa a la institución por la venta del material aprovechable.
														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%	Recolección de bomboneras instaladas en cada área en la cual se depositan pilas y baterías en donde se realiza el recorrido por las áreas verificando los contenedores de pilas e incentivando y sensibilizando el personal en seguir depositando las pilas en lugares adecuados y autorizados, logrando la disposición final adecuado de un total de : 30 kilos de pilas
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	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%	Durante el IV Trimestre se debía realizar la compensación de los resultados arrojados para vigencia 2019, sin embargo no se realizó la compensación por temas logísticos y se cuenta con la recopilación de la información correspondiente al año 2019, para poder realizar la comparación con respecto al año 2018, y que la actividad de compensación sea realizada en la próxima vigencia, junto con el apoyo de entidades municipales.
																2019/01/01	2019/01/31	CONTINUO	actas de capacitación y registro fotográfico	100%	Se realizó la medición mediante la calculadora ambiental en el III trimestre obteniendo resultados favorables en la disminución de la huella de carbono, para el cierre del año 2019, se obtiene el consolidado final de consumos necesarios para el nuevo registro mediante la calculadora ambiental de la secretaria de salud, se encuentra a la espera de la habilitación de la plataforma para el ingreso de la información.
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. Pantallazos de las Alertas Implementadas	50%	Se actualiza Plan de emergencias de Centro de salud de Sibate, Centro de rehabilitación, Despensa y Centro de consulta externa
																2019/03/01	2019/12/31	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico	50%	Se realiza visita por parte de Bomberos a sede Despensa y Sibate
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	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	100%	Se realiza simulacro nacional en articulación con Unidad de gestión del Riesgo del Municipio de Soacha. Se capacita a Brigada de Emergencias
			No dar cumplimiento con el Reporte													2019/03/01	2019/12/31	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico	100%	Se envía correo electrónico con socialización de Circular de SIVISALA a referentes para socialización de la misma con equipo de trabajo



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2019

N°	SUBGERENCIA	IDENTIFICACION			CONSECUENCIAS				ANALISIS			MANEJO				PLAZO				CUARTO 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
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	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. Temas tratados en el trimestre: Capacitación de Brigada de emergencias, Preparación para simulacro Nacional, inspecciones COPASST, Actividades de semana de la salud, señalización.
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	100%	Se realiza el comité de gerenciamiento en los meses de Noviembre y Diciembre de 2019. Se realiza el proceso de actualización del sistema de información al parche 21.13.11 Se realiza análisis de información de las dificultades y plan de trabajo (actas)
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	100%	Se realiza la publicación de información en sitio web institucional, según lo dispuesto por la normatividad, con seguimiento semanal. Se presenta el avance y reporte de publicación en el Comité de Gobierno en Línea
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	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 cargada al SIUS a través del proceso de Estadística en los informes RIPS.
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	100%	El reporte de información al SIUS se realiza de forma trimestral con base al cierre de trimestre y reporte al 2193, esta pendiente el cierre del IV Trimestre.
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 de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones PETIC	2019/03/01	2019/12/31	Continuo	informe de seguimiento	75%	Se logra el enfoque por parte de la SSC de 40 equipos de computo, 10 impresoras y un servidor entregados al fortalecimiento del sistema de información e historia clínica, dando cumplimiento al total de mesas establecidas en el PETIC
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	100%	Se ha dado cumplimiento a las 6 actividades propuestas en el Plan, dando un cumplimiento del 100% esto debido a que se logro capacitar al 100% de funcionarios nuevos en el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.
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.	50%	Se anexa acta de conciliación de glosa con COMPARTA y actas de cruce de cartera con las diferentes entidades donde abarca vigencias 2018 hacia atrás Acta de conciliación de metas compartida, Actas sanitas contributivo y subsidiado, Acta de Ecoopos, Convida, Medimas, Saludotal, Secretaria del Atlántico, Santander, oficina remitora a COMVIDA solicitud aclaración saldo incumplimiento metas
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 > 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	75%	Las actas de cruce para recuperación de cartera corriente forman parte del cruce de cartera vigencias anteriores por tanto hace parte de dicho soporte en las mismas se puede evidenciar el estado de la cartera
16	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	Falta de implementación de sistema de costos	1. no contar con el apoyo tecnico 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.	100%	Durante el cuarto Trimestre del año se logro dar cierre a las actividades dando cierre con homologación contable a los meses de Octubre Noviembre y diciembre, se hizo la actualización del manual de costos de acuerdo a las directrices institucionales, se establecieron las bases de asignación y distribución de costos, se termino parametrización de activos fijos por responsables con sus responsables, se termino la homologación de cuentas con mas de 1000 cuentas interrelacionadas en el modulo para su buen funcionamiento.



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2019

N°	SUBGERENCIA	IDENTIFICACION			CONSECUENCIAS				ANALISIS			MANEJO				PLAZO				REGISTRO DE EVIDENCIA
		TIPO	RIESGO	CAUSA	CONFIDENCI ALIDAD 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	
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 MIFG.	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
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
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
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
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
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
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
79%																				
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 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
																				Realizar reporte de pacientes diagnosticados con Hipertensión arterial en matriz de Rep de Ries 2463 "alto costo" donde se obtienen datos suficientes para generación de seguimientos y evolución de cada uno de los usuarios atendidos con este diagnóstico.
																				Realizar reporte de pacientes diagnosticados con Hipertensión arterial en matriz de Rep de Ries 2463 "alto costo" donde se obtienen datos suficientes para generación de seguimientos y evolución de cada uno de los usuarios atendidos con este diagnóstico.

CUARTO TRIMESTRE SEGUIMIENTO 2	
RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
100%	1. Se crea programa Sistema Integrado de Conservación(SIC) 2. Se crea programa Banco terminológico(BANTER). 3. Se crean subprogramas de gestión documental los cuales son: Documentos vitales o esenciales, Normalización documental, Gestión de documentos electrónicos, Repografía 4. Se realiza la organización de 90ml correspondientes a Historias clínicas año 2019. 5. Se crea el formato Entrega y Recibo de historias clínicas 6. Se crea formato de Entrega y recibo de consentimiento informado. 7 Se crea la ficha para rotular las carpetas generadas por cada una de las unidades productoras del hospital según lineamientos TRD. 8. Se envía para consolidación a Consejo Departamental de Archivos las TVD.
96%	La contratación de mano de obra de las áreas misionales y administrat., cubrió el total de los servicios; con una ejecución al cuarto trimestre 2.019, del 95,8%. Para el grupo de GASTOS GENERALES, se financiaron los compromisos necesarios en su totalidad, con una ejecución a diciembre del 93,9%. Para el grupo de GASTOS DE OPERACION Comercial, que incluye los medicamentos e insumos médico quirúrgicos, odontológicos, alimentos y servicios operados por terceros, se cubrieron los compromisos totales a Diciembre, alcanzando una ejecución del 96,8%. La ejecución global del PAA, al finalizar el cuarto trimestre 2.019, en los tres grupos del Gasto, es del 96,0% total
50%	El plan de vacantes Institucional se cumplió al 100% en el tercer trimestre de la vigencia 2019 logrando identificar que el 6.6 % es el porcentaje de cargos vacantes
50%	El plan de previsión Institucional del recurso humano, en el mes de septiembre se dio cumplimiento al 100% de las actividades descritas en el cronograma para la vigencia 2019 logrando identificar las necesidades del personal de planta teniendo en cuenta que existen 26 cargos a 3 años y menos de cumplir con los requisitos de pensión los cuales son objeto para la previsión de los mismos teniendo un porcentaje de el 7,6 % están ocupados por personal fernandino y el 2,4% por personal masculino, donde el personal prepensoñado de la institución corresponde el 28,2% del total de la planta de personal la cual esta conformada por 91 cargos de la misma manera se identifico que existen 6 cargos en vacancia definitiva los cuales corresponden a un porcentaje del 6,5% de la planta total los cuales se encuentran disponibles para ser ofertados en la próxima convocatoria.
50%	Durante el último semestre de la vigencia todo el personal que ingreso al hospital realiza la inducción institucional de manera virtual, de la misma manera diligencian hoja de vida en el SIGEP dando cumplimiento al 27% restante de la ejecución del plan estratégico de talento humano.
50%	Se realizaron las 11 capacitaciones correspondientes al 15% pendientes de ejecutar para así dar cumplimiento al 100% con el cronograma de capacitación correspondiente a la vigencia 2019.
50%	Se realizaron 7 actividades que corresponden al 33% pendiente por ejecutar, y con estas se dio cumplimiento al 100% del cronograma del plan de incentivos y bienestar para la vigencia 2019.
100%	PAS-06.1-2019: Para este ultimo trimestre del año se continua realizando auditorias a las historias clínicas de usuarios con diagnósticos de Hipertensión arterial de los meses Octubre(109), Noviembre(107) y Diciembre (107), en la cual se logra verificar la adherencia de los profesionales a la Guía institucional. PAS-06.2-2019: Para este ultimo trimestre del año se continua realizando auditorias a las historias clínicas de usuarios con diagnósticos de Diabetes Mellitus de los meses Octubre(87), Noviembre(89) y Diciembre (84), en la cual se logra verificar la adherencia de los profesionales a la Guía institucional. PAS-06.3-2019: En el cuarto trimestre se realizaron 3 auditorias de adherencia a la guía clínica de crecimiento y desarrollo en los meses de Octubre, noviembre y diciembre con un universo de 1474 atenciones en el programa de crecimiento y desarrollo obteniendo una muestra de 283 historias clínicas para auditar de acuerdo a la fórmula institucional aplicada, obteniendo un resultado del 92% a la adherencia de la guía clínica de crecimiento y desarrollo logrando ejecutar el 100% del indicador para el IV trimestre.
100%	Realizar reporte de pacientes diagnosticados con Hipertensión arterial en matriz de Rep de Ries 2463 "alto costo" donde se obtienen datos suficientes para generación de seguimientos y evolución de cada uno de los usuarios atendidos con este diagnóstico.



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2019

N°	SUBGERENCIA	IDENTIFICACION			CONSECUENCIAS				ANALISIS				MANEJO				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	INDICADOR	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO		
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	2019/1/2/31	Continuo	Informe de auditoria	
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	2019/1/2/31	Continuo	1. Informe de Supervisión con % de Adherencia	
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	2019/1/2/31	Continuo	Seguimiento a resultados positivos	
28	SUBGERENCIA COMUNITARIA	De Cumplimiento	Fallas en la implementación de los 10 pasos de la estrategia IAMII.	1. incumplimiento al protocolo	5	5	4	2	1	5	alto			Realizar capacitación y evaluación sobre la estrategia IAMII en todos los procesos del Hospital Mario Gatán Yanguas de Soacha.		No. De pasos implementados Estrategia IAMII / No total de Pasos estrategia IAMII	2019/02/28	2019/1/2/31	Continuo	Porcentaje de implementación de estrategia IAMII	
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	2019/1/2/31	continuo	SE REALIZA BUSQUEDA DE EVENTOS QUE CUMPLEN CRITERIOS PARA DEACCIÓN 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 priorizados	referente en vigilancia epidemiológica	# de procesos institucionales de Vigilancia Epidemiológica reportados * 100 / # de procesos institucionales de Vigilancia Epidemiológica identificados	2019/02/28	2019/1/2/31	continuo	listado de asistencia con registro fotográfico	
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 rehabilitación	# actividades cumplidas del Plan de Sostenibilidad del SUH/ actividades propuestas del Plan de Sostenibilidad del SUH	2019/02/28	2019/1/2/31	continuo	Actas de Seguimiento, Fotos, Socializaciones.	
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 rehabilitación	# presentaciones realizadas (256 a JD) * 100 / # presentaciones programadas (256 a JD)	2019/02/28	2019/1/2/31	continuo	2. Actas de Socialización y Registro Fotográfico	
			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 rehabilitación	# acciones implementadas del PAMEC *100 / # total de acciones propuestas del PAMEC	2019/02/28	2019/1/2/31	continuo	2. Actas de Socialización y Registro Fotográfico	

CUARTO TRIMESTRE SEGUIMIENTO 2	
RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
100%	Realizar seguimiento telefónico a todos aquellos usuarios que cumplen la consulta de control de su patología de base.
100%	Durante la atención generada desde la consulta de crecimiento desarrollo se indaga y educa a las madres Y/o cuidadores de menores de 6 meses con el fin de garantizar el aporte exclusivo de lactancia materna durante este periodo de tiempo.
100%	Para el cuarto trimestre se continuo realizando seguimiento telefónico a las usuarias con su resultado de citología positivo, las cuales fueron reportadas a las EAPB respectivamente y Secretaria de Salud Municipal. Como soporte de notificación a las EAPB están los mail e informes entregados.
100%	Se realizaron 4 actividades de capacitación con una cobertura a 59 funcionarios del área administrativa y operativa del hospital. 1. para el IV trimestre se realizó seguimiento de la estrategia de acuerdo a la trazabilidad por pasos en la ejecución y cumplimiento, arrojando los siguientes datos: paso 1- 83%, paso 2 - 77%, paso 3 - 95%, paso 4 - 100%, paso 5 - 93%, paso 6 - 95%, paso 7 - 100%, paso 8 -91%, paso 9 - 94%, paso 10 - 80% 2. se realizó encuesta diagnostica en conocimientos de la estrategia IAMII a 78 funcionarios de la institución del área asistencial a fin de proyectar temas y cronograma de capacitaciones para la vigencia 2020
100%	
100%	Se realiza auditoria de los registros de ingreso por urgencias de la noche anterior, para verificar diagnósticos y estado en el momento del ingreso para aumentar la captación de los motivos por enfermedad general que pueden estar relacionados al intento de suicidio
100%	Actividades propuestas BAI- RIPS - revisión egresos - estadísticas vitales - reporte de laboratorios
50%	Actas de reportes REPS de seguimientos a centros y puestos Sibaté, CEDIF en estándar de infraestructura y dotación e insumos además de la verificación de las unidades tanto básicas como medicalizada de la institución.
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 I semestre de 2019 estos 20 indicadores fueron validados y reportados oportunamente el día 18 de julio de 2019.
50%	El PAMEC 2019, se encuentra en la fase de aprendizaje organizacional, de acuerdo al planteamiento de la ruta crítica. Dando cumplimiento al 100% del cronograma definido para la ruta crítica (se anexa como evidencia). Es decir en los meses de Octubre a Diciembre se realizaron las etapas de ejecución, análisis y evaluación, en el momento se esta realizando la etapa de aprendizaje organizacional de acuerdo a los resultados obtenidos.



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2019

N°	SUBGERENCIA	IDENTIFICACIÓN			CONSECUENCIAS				ANÁLISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			PLAZO				
		TIPO	RIESGO	CAUSA	CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	IMPACTO DE CREDIBILIDAD E IMAGEN	IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABILIDAD	IMPACTO	NIVEL		OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN	RESPONSABLES DE LA ACCIÓN	INDICADOR	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO	REGISTRO DE EVIDENCIA
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 PQRSDF en la ESE HMGY de Soacha	Desconocimiento de la normalidad	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 / Número 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	implementacion de actividades	asumir y compartir	# acciones del Plan de Acción de Humanización implementadas * 100 / # 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

CUARTO TRIMESTRE SEGUIMIENTO 2	
RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS
100%	Durante el IV trimestre de 2019 se realizó la aplicación del Instrumento de Evaluación del indicador de Satisfacción en 13 servicios de la IPS, que incluyen la operación de terceros.
100%	Se aplica Numerador del Indicador, respecto a días hábiles establecidos para la respuesta de PQRSDF. Se socializa en Macrocomité el indicador de PQRSDF en forma mensual.
100%	Se realiza reportes de sucesos de seguridad por parte del equipo de seguridad del paciente desde la búsqueda activa. Reportes de sucesos de seguridad mediante el reporte manual y correo electrónico, los cuales fueron tabulados y se clasificaron como incidente, indicio de atención insegura y eventos adversos, total de sucesos de seguridad para el IV trimestre del año 443
100%	Modificación de la política de humanización "En la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas, nos comprometemos a dar un trato digno, con calidez, amabilidad y respeto por la privacidad, intimidad y confidencialidad; tanto a nuestros usuarios, sus familias como a los colaboradores del Hospital." y sus objetivos. Ajuste al programa de humanización según objetivos de la política.
83%	

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	79%
SUBGERENCIA COMUNITARIA	100%
SUBGERENCIA CIENTIFICA	83%
AVANCE TOTAL	88%