



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2020

N°	SUBGERENCIA	TIPO	RIESGO	CAUSA	CONSECUENCIAS				ANÁLISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO				PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA
					CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION	IMPACTO DE CREDIBILIDAD E IMAGEN	IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABILIDAD	IMPACTO	NIVEL		OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN	RESPONSABLES DE LA ACCIÓN	INDICADOR	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO	
1	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Estratégico	Incumplimiento Del Plan Institucional De Gestión 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	Dar cumplimiento al plan de acción de la estrategia hospital verde, teniendo en cuenta los lineamientos propuestos por la organización salud sin daño.	Ingeniera Ambiental	# actividades del Plan de acción de Gestión Ambiental desarrolladas / # actividades del Plan de acción de Gestión Ambiental propuestas	2020/01/01	2020/12/30	CONTINUO	actas de capacitación y registro fotográfico	
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	2020/01/01	2020/12/30	CONTINUO	actas de capacitación y registro fotográfico
														Realizar y socializar el Plan de acción de reciclaje 2do semestre 2019 en gobierno Digital.	Ingeniera Ambiental	No. Acciones implementadas plan de acción de reciclaje /Total de acciones programadas	2020/01/01	2020/01/31	CONTINUO	actas de capacitación y registro fotográfico
3	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Cumplimiento	No dar cumplimiento con el resultado de la calculadora ambiental año 2020 (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	2020/01/01	2020/01/31	CONTINUO	actas de capacitación y registro fotográfico
														Medición de CO2 mediante calculadora ambiental de la Gobernación de Cundinamarca			2020/01/01	2020/01/31	CONTINUO	actas de capacitación y registro fotográfico
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 2020.	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.	2020/03/01	2020/05/01	Primer Cuatrimestre	1. Pantallazos de las Alertas Implementadas
														Socializar al plan con unidad de gestión del riesgo municipal.			2020/03/01	2020/12/31	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	2020/03/01	2020/12/31	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico
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 normatividad	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	2020/03/01	2020/12/31	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico
														Seguimiento al Reporte			2020/03/01	2020/12/31	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	2020/03/01	2020/12/31	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico
8	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	Fallas en la implementación del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	1. Falta de Optimización 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 Tics 2. Plan de Contingencia (Manejo de Formatos Físicos Institucionales)	Asumir y Transferir	Implementación de los módulos del sistema de información adquiridos por la ESE HMGV 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	2020/03/01	2020/12/31	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico

TERCER TRIMESTRE

RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS
100%	<p>1. Sensibilización al personal mediante mensajes alusivos al reciclaje incrementando la comercialización de los mismos.</p> <p>2. Mensajes de ahorro de papel en todas las impresoras, con el fin de sensibilizar al momento de imprimir.</p> <p>3. Control y seguimiento mediante base de datos del material comercializado obteniéndose una comercialización y ganancia constante.</p> <p>4. Con esto se da cumplimiento al 100% de las 5 actividades planeadas para el III trimestre.</p> <p>5. Durante el trimestre se generaron un total de 7315,9 kilos de residuos ordinarios, de los cuales se aprovechó un total de 768 kilos que fueron comercializados por un valor de \$237,700.</p>
100%	<p>1. Todas las actividades que se tienen a cabo, involucran los cinco objetivos inscrito por el Hospital Mario Gaitán Yanguas, miembro actual de la "Red Hospitales Verdes y Saludables". De manera que, fortalecerá el Sistema de Gestión Ambiental, por medio de la sensibilización continua al personal con respecto a ahorros de energía, agua, papel, actividades que enfoca en el reciclaje, segregación en la fuente y el cuidado del medio ambiente.</p> <p>2. Se realizan los seguimientos necesarios para el manejo de residuos cumplimiento al Decreto 1164/2002, tomando medidas correctivas inmediatas.</p> <p>3. Se realiza el seguimiento a los cambios e instalación de luminarias realizado por el área de recursos físicos, para un total de 40 luminarias que se cambiaron entre la sede asistencial y el edificio negro, se espera que con el seguimiento que se realiza mensualmente sea significativo la reducción de energía, de igual manera la actividad se fortalece mediante capacitación de ahorro y uso eficiente de energía en nuestra institución.</p> <p>4. Realizando el comparativo del año reportado en el 2020, es decir el 2019 con respecto al 2018, se evidencia que hubo una disminución en la cantidad de toneladas de CO2 en el 2019 con una diferencia entre los años de 34 toneladas, lo que quiere decir que</p>
100%	<p>1. Durante el tercer trimestre se crea la sala situacional en la cual se realizan actividades para el COVID.</p> <p>2. En la cual de acuerdo a las actas se realizan actividades que apuntan a desarrollar todo el programa de adelanta el Ministerio de Salud frente a la Pandemia.</p>
NA	<p>1. Para el 3 trimestre las ARL indican que no realizarán las capacitaciones dado que se generan con intervención, Actividad que se encuentra en desarrollo para el IV trimestre.</p>
75%	<p>1. Se realizan los 3 reportes mensuales, dando un cumplimiento del 75% de los reportes a la fecha para el año.</p> <p>2. Julio 30, Agosto 40, Septiembre 42</p>
68%	<p>1. 67,75 % de cumplimiento teniendo en cuenta la evaluación de los estándares mínimos de la resolución 312 de 2019 que se realizó desde el 1 de septiembre 2020</p>
100%	<p>1. Para el III Trimestre de 2020, se alcanza un cumplimiento del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información en un 83%, es decir se cumplen 5 de las 6 actividades propuestas, quedando pendiente:</p> <p>2. La Actualización y Registro de los Activos de Información Institucional</p> <p>3. Esta actividad se realizará durante el último trimestre de 2020.</p> <p>4. Se destaca dentro del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, el proceso de capacitación a funcionarios nuevos con acceso a DGH.NET, proceso que se realiza de</p>



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2020

N°	SUBGERENCIA	TIPO	RIESGO	CAUSA	CONSECUENCIAS				ANÁLISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO				PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA		
					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			
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 página 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	2020/03/01	2020/12/31	Continuo	Sitio web institucional	100%	Se mantiene un cumplimiento del 74% en el reporte de información institucional, según la matriz de cumplimiento de la Ley 1712, establecida. Se realiza la actualización del link de política de privacidad, según normatividad. Dando un alcance del 100% con respecto a la meta establecida.
10	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	Fallas en el Cumplimiento del Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETIC	1. Desconocimiento del PETIC	4	4	3	2	3	3	Alto	seguimiento al Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y las 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 las Comunicaciones PETIC	2020/03/01	2020/12/31	Continuo	Informe de seguimiento	80%	Para el III Trimestre de 2020, se alcanza un cumplimiento del PETIC en un 80%, es decir se cumplen 8 de las 10 actividades propuestas, quedando pendiente: 1. La Actualización de los Activos de Información Institucional 2. La Actualización del Antivirus Institucional. Estas actividades se realizaron durante el último trimestre de 2020. Se destaca dentro del PETIC, el proceso de capacitación a funcionarios nuevos con acceso a DGH.NET, proceso que se realiza de forma virtual a través de formularios digitales.
11	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	2020/03/01	2020/12/31	Continuo	Informe de seguimiento	100%	Para el III Trimestre de 2020, se alcanza un cumplimiento del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información en un 83%, es decir se cumplen 5 de las 6 actividades propuestas, quedando pendiente: 1. La Actualización y Registro de los Activos de Información Institucional Esta actividad se realizará durante el último trimestre de 2020.
12	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No lograr una recuperación de la cartera 2019 en un 65%	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 2020 (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	2020/03/01	2020/12/31	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.	85%	Se destaca dentro del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, el proceso de Se dio trámite ante SUPERSALUD por parte del área jurídica de la cartera conciliada en el mes de Mayo del 2020 sin partida presupuestal, se espera en el IV trimestre obtener dicho recaudo, el valor a conciliar asciende a la suma de S. 1,343,472,485, de los cuales S 612,277,842 corresponde a vigencia 2019. 2. Se obtuvo una recuperación de cartera de vigencias 2019 por parte de SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA durante el III trimestre del 2020 por valor de S 1,404,870,795. En el IV trimestre del 2020 se espera realizar la conciliación ante SUPERSALUD con COOSALUD con DEVOLUCIONES correspondientes a vigencias 2019 y 2020
13	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 2016 (balance)	2020/03/01	2020/12/31	Continuo	Continuar con el proceso de depuración de Cartera con las EAPB	75%	En coordinación con el área jurídica se solicitó cita de conciliación ante SUPERSALUD con CONVIDA sobre la Cartera adeudada de vigencias 2016 al 2020 sin partida presupuestal. Se aclara que se realizaron algunos ajustes en los meses correspondientes al semestre del 2020, dado a la entrega de soportes entregados en el III trimestre del 2020 por giros recaudados. Se espera en el IV trimestre del 2020 que la SUPERSALUD nos convoque para realizar la conciliación con CONVIDA a fin de obtener el recaudo de la Cartera depurada sin partida presupuestal y que de vigencia 2018 asciende a la suma de S. 94.414.070
14	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 2020, 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)	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	Socialización de cronograma de trabajo 2020, con los responsables del proceso financiero y sistemas de información.	66%	Se logró realizar el cierre mediante interfaz contable del módulo de costos para los meses de julio, agosto y septiembre 2020. Se realiza ajuste del cronograma de actividades y se realiza la modificación para el segundo semestre de la vigencia involucrando y ejecutando las que estaban pendientes en el primer semestre. Se cumplen con el 100% de las actividades planteadas, un acumulado al año del 66% de la meta del indicador.
15	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	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	1. Actas de Socialización y Registro Fotográfico	100%	1) Se ha dado cumplimiento con las transferencias primarias, utilizando e implementando el formato Único de Inventario Documental (FUID) 2) Acto administrativo Acuerdo 007 del 2019 por el cual se convalidan las TRD de la E.S.E HMG y 100% 3) El PGD se ha venido aplicando según lo estipulado en el PINAR esta actividad cuenta con un ponderado del 65%. 4) Capacitaciones para el área de gestión documental en el cual se van a exponer temas como aplicación de las TRD, 5.) Historias clínicas y con los procesos que han sido objeto de transferencias documentales esta actividad cuenta con una ponderación del 55% 6) DATA DOC, cuenta con un ponderado del 15% 7) se realizó comité de archivo el día 25 de septiembre de 2020, esta actividad cuenta con
16	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No dar cumplimiento del Plan Anual de Adquisiciones	1. No contar con el estudio de necesidad 2. no contar con el presupuesto para adquisición de bienes	2	5	2	2	3	2	Moderado	1. seguimientos desde el área presupuestal	Asumir	Realizar el documento del plan de adquisiciones y realizar seguimiento por rubro presupuestal teniendo en cuenta lo planificado y su cumplimiento	referente de presupuesto	Nº de Socializaciones realizadas/Nº de Socializaciones Programadas	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	1. Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	74%	La ejecución global del PAA, al finalizar el tercer trimestre de 2.020, en los tres grupos del Gasto, es del 73,4%
17	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	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	1. Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	71%	Se logró ejecutar la actividad pendiente de publicación en intranet del Plan de vacantes, obteniendo el 100% de ejecución y un acumulado del 71% en el año.
18	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	De Cumplimiento	Fallas en el cumplimiento del Plan de Prevención 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 Prevención de Recurso Humanos	LIDER DE TALENTO HUMANO	% de Ejecución Plan de Prevención de Recurso Humanos	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	1. Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	83%	Se ejecuta una actividad, logrando el 100% esperado para el trimestre y un total acumulado para el año 2020 de un 83%. La acción adelantada consistió en la sujeción de Salud Aero-Saltan Goody, ubicada en el área de Consulta Externa.

TERCER TRIMESTRE

RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS
100%	Se mantiene un cumplimiento del 74% en el reporte de información institucional, según la matriz de cumplimiento de la Ley 1712, establecida. Se realiza la actualización del link de política de privacidad, según normatividad. Dando un alcance del 100% con respecto a la meta establecida.
80%	Para el III Trimestre de 2020, se alcanza un cumplimiento del PETIC en un 80%, es decir se cumplen 8 de las 10 actividades propuestas, quedando pendiente: 1. La Actualización de los Activos de Información Institucional 2. La Actualización del Antivirus Institucional. Estas actividades se realizaron durante el último trimestre de 2020. Se destaca dentro del PETIC, el proceso de capacitación a funcionarios nuevos con acceso a DGH.NET, proceso que se realiza de forma virtual a través de formularios digitales.
100%	Para el III Trimestre de 2020, se alcanza un cumplimiento del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información en un 83%, es decir se cumplen 5 de las 6 actividades propuestas, quedando pendiente: 1. La Actualización y Registro de los Activos de Información Institucional Esta actividad se realizará durante el último trimestre de 2020.
85%	Se destaca dentro del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, el proceso de Se dio trámite ante SUPERSALUD por parte del área jurídica de la cartera conciliada en el mes de Mayo del 2020 sin partida presupuestal, se espera en el IV trimestre obtener dicho recaudo, el valor a conciliar asciende a la suma de S. 1,343,472,485, de los cuales S 612,277,842 corresponde a vigencia 2019. 2. Se obtuvo una recuperación de cartera de vigencias 2019 por parte de SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA durante el III trimestre del 2020 por valor de S 1,404,870,795. En el IV trimestre del 2020 se espera realizar la conciliación ante SUPERSALUD con COOSALUD con DEVOLUCIONES correspondientes a vigencias 2019 y 2020
75%	En coordinación con el área jurídica se solicitó cita de conciliación ante SUPERSALUD con CONVIDA sobre la Cartera adeudada de vigencias 2016 al 2020 sin partida presupuestal. Se aclara que se realizaron algunos ajustes en los meses correspondientes al semestre del 2020, dado a la entrega de soportes entregados en el III trimestre del 2020 por giros recaudados. Se espera en el IV trimestre del 2020 que la SUPERSALUD nos convoque para realizar la conciliación con CONVIDA a fin de obtener el recaudo de la Cartera depurada sin partida presupuestal y que de vigencia 2018 asciende a la suma de S. 94.414.070
66%	Se logró realizar el cierre mediante interfaz contable del módulo de costos para los meses de julio, agosto y septiembre 2020. Se realiza ajuste del cronograma de actividades y se realiza la modificación para el segundo semestre de la vigencia involucrando y ejecutando las que estaban pendientes en el primer semestre. Se cumplen con el 100% de las actividades planteadas, un acumulado al año del 66% de la meta del indicador.
100%	1) Se ha dado cumplimiento con las transferencias primarias, utilizando e implementando el formato Único de Inventario Documental (FUID) 2) Acto administrativo Acuerdo 007 del 2019 por el cual se convalidan las TRD de la E.S.E HMG y 100% 3) El PGD se ha venido aplicando según lo estipulado en el PINAR esta actividad cuenta con un ponderado del 65%. 4) Capacitaciones para el área de gestión documental en el cual se van a exponer temas como aplicación de las TRD, 5.) Historias clínicas y con los procesos que han sido objeto de transferencias documentales esta actividad cuenta con una ponderación del 55% 6) DATA DOC, cuenta con un ponderado del 15% 7) se realizó comité de archivo el día 25 de septiembre de 2020, esta actividad cuenta con
74%	La ejecución global del PAA, al finalizar el tercer trimestre de 2.020, en los tres grupos del Gasto, es del 73,4%
71%	Se logró ejecutar la actividad pendiente de publicación en intranet del Plan de vacantes, obteniendo el 100% de ejecución y un acumulado del 71% en el año.
83%	Se ejecuta una actividad, logrando el 100% esperado para el trimestre y un total acumulado para el año 2020 de un 83%. La acción adelantada consistió en la sujeción de Salud Aero-Saltan Goody, ubicada en el área de Consulta Externa.



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2020

N°	SUBGERENCIA	TIPO	RIESGO	CAUSA	CONSECUENCIAS				ANÁLISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			INDICADOR	PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA
					CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	IMPACTO DE CREDIBILIDAD E IMAGEN	IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABILIDAD	IMPACTO	NIVEL		OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN	RESPONSABLES DE LA ACCIÓN		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO	
19	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	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	1. Registros Fotográficos y Actas de Capacitación
20	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	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	1. Registros Fotográficos y Actas de Capacitación
21	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	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	1. Registros Fotográficos y Actas de Capacitación
22	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 DMZ) para la vigencia 2020.	desconocimiento del manual de Auditoria	5	5	4	2	1	5	Alto	programacion de auditorias	Asumir	evaluar la adherencia a la guía de practica clinica de HTA, DM y CyD	jefe de enfermeria	No. De auditorias de HC realizadas *100 / No. Auditorias programada	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	Informe de auditoria
23	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 Realizar seguimiento a los pacientes inasistentes del programa de Crónicos	Número de pacientes con cifras tensionales inferiores a 140/90 mm Hg en el ultimo trimestre * 100/ número de pacientes con diagnostico de hipertension arterial reportados que asisten a control.		2020/02/28	2020/12/31	Continuo	Informe de auditoria
24	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		2020/02/28	2020/12/31	Continuo	1. Informe de Supervisión con % de Adherencia
25	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 citologias	total de seguimientos efectivos a las citologías positivas /total de citologías positivas		2020/02/28	2020/12/31	Continuo	Seguimiento a resultados positivos

TERCER TRIMESTRE	
RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS
75%	Se cumplió con cinco actividades, algunas de ellas programadas otras no. Se dispuso que personal con cierto nivel de riesgo por pandemia trabajara desde casa, logrando un total de 15 personas de planta, dando cumplimiento a la resolución No. 186 de 2020. 43 personas de carrera administrativa fueron evaluadas en su desempeño. Se continúa con el proceso de digitalización de hojas de vida. A grosso modo se cumplió con un total de 5 actividades, logrando el 100% de ejecución y un acumulado año 2020 de 75%
82%	La ejecución de la capacitación en diversas áreas se realizó por pequeños grupos o a través de la modalidad virtual. De acuerdo al registro de capacitaciones con soporte aportadas a la Oficina de Talento Humano, se logra un 100% de cumplimiento del indicador y un acumulado del 82%
71%	Comité de Bienestar estableció adecuado otorgar bono para los funcionarios de planta, el cual ha sido entregado en el mes de septiembre de 2020. Se programaron dos actividades virtuales para preparatorias en los meses de julio y agosto del año en curso. Se adelantaron acciones para la adaptación de la modalidad de trabajo en casa para algunos funcionarios de acuerdo a sus condiciones de salud y reporte de SST. Se programó actividad con Colabado llamada Neurobika. Se logra una ejecución de un 120% y un total en el año del 71%.
73%	
76%	Durante el III trimestre 2020 se aplicaron 3157 encuestas Findrsh, de las cuales 2587 cumplieron con criterio de edad para el indicador, obteniendo así un porcentaje de cumplimiento del 42% siendo este un resultado insatisfactorio, en la aplicación de esta encuesta tamiz se encontraron 192 usuarios con riesgo de diabetes en el mes de julio, 198 en el mes de agosto y 207 usuarios en el mes de septiembre quienes se canalizaron a consulta de medicina general para inicio de estudio para confirmación de diagnóstico y brindar así un tratamiento precoz y oportuno. Como estrategia institucional se estableció la aplicación de tamizajes por parte de los profesionales de medicina y enfermería en aras de aumentar el porcentaje de cumplimiento de este indicador a nivel institucional
100%	Para la vigencia del III trimestre 2020 se logró una canalización efectiva a consulta de primera vez de diabetes mellitus a 348 usuarios lo cual contribuyó al manejo oportuno de la enfermedad disminuyendo complicaciones clínicas de la misma logrando así un cumplimiento del 74% lo cual es un porcentaje satisfactorio a nivel institucional.
81%	Durante el III trimestre 2020 se realizan tamizaje a 863 usuarios con cifras tensionales fuera de límites normales lo cual los categorizó como usuarios con riesgo de enfermedad hipertensiva canalizándolos a consulta de primera vez de HTA alcanzando un porcentaje de canalización efectiva del 81% en el trimestre lo cual es un cumplimiento satisfactorio de acuerdo a la meta institucional.
100%	Durante la vigencia III trimestre 2020 se viene fortaleciendo la educación en consejería de lactancia materna para el segundo semestre se cuenta ya con la contratación con las EAPB bajo los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud, con lo cual institucionalmente se busca incentivar a las madres para que asistan a esta consulta y fortalecer así la demanda de esta atención en salud que busca promover la exclusividad de la lactancia materna.
70%	Para el III trimestre del año se obtuvo un cumplimiento del 70% logrando la meta establecida, para este periodo 1249 mujeres entre los 25 y 69 años fueron canalizadas en la institución de las cuales a 880 se les realizó tamizaje de cáncer de cuello uterino según los lineamientos de la resolución 3280/18. Dentro de los resultados alterados para tamizaje de cáncer de cuello uterino se encuentra en primer lugar ASCUS con 14 reportes, LEIGA 1 reportes, LEIGB 8 reportes, LEIGC 1 VPH 2 reportes, ASC-H 4 reportes y Anormalidades en células epiteliales glandulares sin especificación 1 reporte. Para un total de 30 resultados críticos. Dichas pacientes son canalizadas para la entrega del resultado y respectiva remisión al servicio de ginecología, de igual manera son reportadas a la EAPB correspondiente y a secretaria de salud municipal.



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2020

N°	SUBGERENCIA	TIPO	RIESGO	CAUSA	CONSECUENCIAS				ANÁLISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			INDICADOR	PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	
					CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	IMPACTO DE CREDIBILIDAD E IMAGEN	IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABILIDAD	IMPACTO	NIVEL		OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN	RESPONSABLES DE LA ACCIÓN		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO		
26	SUBGERENCIA COMUNITARIA	De Cumplimiento	Fallas en la implementación de los 10 pasos de la estrategia IMMI	1. incumplimiento al protocolo	5	5	4	2	1	5	alto		Realizar capacitación y evaluación sobre la estrategia IMMI en todos los procesos del Hospital Mario Gaitián Yanguas de Soacha.		No. De pasos implementados Estrategia IMMI / No total de Pasos estrategia IMMI	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	Porcentaje de implementación de estrategia IMMI		
27	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Operativo	Falla en la notificación de los eventos de interés y calidad en la información de los registros del SIVIGILA	1. desconocimiento de metodología en el reporte	5	4	4	4	5	4	Extremo	Establecer controles	Asumir y Transferir	Notificar oportunamente el 100% de los procesos institucionales para la vigilancia epidemiológica	REFERENTE DE EPIDEMIOLOGIA	# REPORTES enviados / Total REPORTES realizados	2020/03/01	2020/12/31	Continuo	cronograma con seguimiento	
28	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 pública 2.No diligenciamiento de la ficha de notificación	4	1	3	2	3	4	alto	1. Búsqueda activa institucional los diferentes servicios 2. búsqueda activa institucional mensual mediante los Rips y Sianesp	asumir y compartir	capacitar al personal asistencial frente a notificación de eventos de interés en salud pública	referente en vigilancia epidemiológica	# eventos reportados SIVIGILA x 100 / # total de eventos identificados (CE 10, BAI e HC)	2020/02/28	2020/12/31	continuo	SE REALIZA BUSQUEDA DE EVENTOS QUE CUMPLEN CRITERIOS PARA IDEACIÓN SUICIDA E INTENTO SUICIDA QUE INGRESAN AL HMGY	
29	SUBGERENCIA CIENTIFICA	operacional	Fallas en la notificación oportuna del 100% de los eventos de interés y calidad en la información de 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	2020/02/28	2020/12/31	continuo	listado de asistencia con registro fotográfico	
30	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 2020.	referente de y habilitación	# actividades cumplidas del Plan de Sostenibilidad del SUH/ actividades propuestas del Plan de Sostenibilidad del SUH	2020/02/28	2020/12/31	continuo	Actas de Seguimiento, Fotos, Socializaciones.	
31	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Estratégico	No generar un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	1. Desconocimiento de la normatividad 2.No contar con el personal necesario para realizar los planes de mejoramiento	4	2	1		3	4	2	alto	seguimiento a las actividades del plan de mejoramiento continuo	Asumir y Compartir	formulación y ejecución del PAMEC, basado en la ruta crítica 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	2020/02/28	2020/12/31	continuo	2. Actas de Socialización y Registro Fotográfico
32	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Operativo	No realizar mediciones de satisfacción de los usuarios	1. Fallos en el Proceso de Inducción y Reinducción del Personal 2. Insuficiencia de Recurso Tecnológico	5	5	5	5	3	5	Extremo	implementación formato de encuesta de satisfacción	Asumir y Compartir	Realizar encuestas de satisfacción, análisis y plan de mejoramiento.	Referente trabajo social	# usuarios satisfechos * 100 / # usuarios entrevistados	2020/02/28	2020/12/31	Primer Cuatrimestre	1. Actas de Socialización y Registro Fotográfico	
33	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Operativo	Fallas en los tiempos de respuesta de las PQRSFD 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 PQRSFD clasificadas según fallos en trato digno y calidad informacional mensualmente al gerente y subgerente sobre las tiempos de respuestas de las PQRSFD	Referente trabajo social	Sumatoria total de los días hábiles transcurridos entre la recepción de las PQRSDF y la emisión de respuesta / Número de total de PQRSDF recibidas.	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	4. Acta de comité MECI y registro Fotográfico

TERCER TRIMESTRE	
RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS
100%	En julio de 2020, se capacitaron 48 funcionarios de los procesos de Odontología, Consulta Externa, Nutrición, Trabajo Social, SIAU, Epidemiología, Activos Fijos y Servicios Generales, y 17 funcionarios de enfermería de los servicios de Ginecología, Sala de Partos, Salas de Cirugía y Pediatría, para un total de 65 funcionarios capacitados Y 216 usuarias educadas.
88%	
100%	momento de la consulta cuando se evidencia el cumplimiento de criterios de acuerdo al evento a notificar de igual forma una disminución en los eventos captados por búsqueda activa institucional
100%	se identifica una notificación efectiva de todo evento relacionado en salud mental y violencia captados desde los diagnósticos diferenciales, relacionados o no con el diagnóstico de egreso.
100%	En septiembre se capacitaron 27 funcionarios de las tripulaciones de las ambulancias y se realizaron dos actividades educativas con 11 funcionarios del Proceso de Gestión Documental y 32 líderes y lideresas pertenecientes a los comités COPACOS del municipio de Soacha, liderados por la oficina de aseguramiento del municipio, como equipo de apoyo a la estrategia a nivel extramural.
100%	Dado el cambio normativo del sistema único de habilitación se realiza nuevamente autoevaluación de los servicios inscritos en el REPS para las sedes de Sibate, Ciudad Idrina, Despensa y especialistas, con los criterios de la nueva norma resolución 3100 de 2019 en este trimestre, para lo cual se dará inicio al seguimiento de plan de sostenibilidad por cada sede a partir del mes de octubre según cronograma definido. Las actividades relacionadas en los meses de julio agosto y septiembre hacen referencia a la acreditación del cronograma, creación de listas de chequeo para cada sede, aplicación de listas de chequeo para las cuatro sedes y definición de plan de sostenibilidad para cada una de las sedes, dentro de las cuales se definieron un total de 127 acciones por ejecutar durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de ser
50%	Durante el mes de julio se elaboró, aprobó y socializó el Plan de Acción para las oportunidades de mejora que fueron priorizadas por el impacto que tienen en los usuarios y la calidad de la atención brindada en la Institución. Luego de la socialización del Plan de Acción, durante los meses de Agosto y Septiembre, se ha realizado la ejecución de las acciones de mejora que fueron propuestas en el Plan de Acción. Durante el IV Trimestre se realizarán los seguimientos a cada una de las acciones planteadas y ejecutadas. De acuerdo al cronograma del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) durante el III Trimestre se llevó a cabo el paso de la Ruta Crítica programado, dando alcance al 100% del cronograma trimestral, un acumulado del 50% del semestral.
97%	Se logra la consolidación de un alto número de encuestas de satisfacción y su tabulación a cargo de cada uno de los servicios y puestos de salud, teniendo en cuenta que el índice de asistencia de pacientes bajó debido al aislamiento obligatorio decretado por el Ministerio. Así mismo se realiza seguimiento del plan de mejora correspondiente al II Trimestre y se evidencia un cumplimiento del 100%. Se consolidan en el trimestre 4433 encuestas de las cuales 4241 tuvieron un resultado "bueno" o "muy bueno", es decir el 96% de satisfacción.
96%	Se logra la consolidación de un alto número de encuestas de satisfacción y su tabulación a cargo de cada uno de los servicios y puestos de salud, teniendo en cuenta que el índice de asistencia de pacientes bajó debido al aislamiento obligatorio decretado por el Ministerio. Así mismo se realiza seguimiento del plan de mejora correspondiente al II Trimestre y se evidencia un cumplimiento del 100%. Se consolidan en el trimestre 4433 encuestas de las cuales 4241 tuvieron un resultado "bueno" o "muy bueno", es decir el 96% de satisfacción.



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2020

N°	SUBGERENCIA	TIPO	RIESGO	CAUSA	CONSECUENCIAS				ANALISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			INDICADOR	PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	
					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		
34	SUBGERENCIA CIENTIFICA	OPERATIVO	Incumplimiento al Plan de Acción del Programa de Seguridad del Paciente de la ESE	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	2020/02/28	2020/12/31	primer cuatrimestre	acta de compilación de capacitaciones con registro fotográfico	88%
35	SUBGERENCIA CIENTIFICA	OPERATIVO	No dar cumplimiento al Plan de Acción del Programa de Humanización de la ESE	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	2020/02/28	2020/12/31	continuo	matriz semaforzada con % de cumplimiento	100%

TERCER TRIMESTRE	
RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
88%	En el tercer trimestre se cumplió en un 88% de las actividades planeadas ya que no se logro la capacitación de transfusión sanguínea ni el consentimiento informado, por lo cual se realizara en el siguiente trimestre para dar cumplimiento a las acciones programadas. Se realizan rondas de seguridad en centros, puestos y sede hospitalaria con el fin de detectar incidentes, riesgos y generar planes de mejora. Durante el trimestre se realiza con acciones correctivas reportadas en el comité de seguridad del paciente y en algunos reportes se subsanaron inmediatamente.
100%	Dentro de las actividades propuestas en el Plan de acción del proceso de humanización para el tercer trimestre de la vigencia 2020, se realizaron 26 actividades de las 28 actividades propuestas, cumpliendo así con el 93% del total de actividades. Durante el tercer trimestre de la actual vigencia, se fortaleció la estrategia de Llamada amigable en la zona de pacientes con enfermedades respiratorias y/o diagnosticados con Covid-19, logrando comunicar y fortalecer los lazos familiares a 392 pacientes. Se logro armonizar la zona lúdica de los pacientes de pediatría, fortaleciendo la estrategia de biblioteca itinerante. La estrategia de mi closet con amor se fortaleció con el ingreso de donaciones de diferentes productos que ayudan al bienestar del binomio madre e hijo en condiciones de vulnerabilidad.
81%	

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	73%
SUBGERENCIA COMUNITARIA	80%
SUBGERENCIA CIENTIFICA	81%
AVANCE TOTAL	81%