

MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2020

N°	SUBGERENCIA	TIPO	RIESGO	CAUSA	ANALISIS		MANEJO				PLAZO				CUARTO TRIMESTRE SEGUIMIENTO 2	
					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 Gestión Ambiental - Pga - Bajo El Concepto "Hospitales Verdes De La Ese Hmgv	1. Desconocimiento Concepto "Hospitales Verdes De La Ese Hmgv	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	1/01/2020	30/12/2020	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	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	1/01/2020	30/12/2020	CONTINUO	actas de capacitación y registro fotográfico	100%	Se obtienen valores favorables con respecto a la comercialización de materiales, ya que se encuentra una diferencia entre noviembre y diciembre de 55 kilos aumentados entre los dos meses, lo que comprueba que así el aumento entre los meses sea poco, es de gran importancia ya que demuestra la adherencia del personal al programa de reciclaje, desde el mes de diciembre se trabaja con fundación (Funda revivir), Fundación dispuesta a dar capacitaciones y talleres de reciclaje sin ningún costo para la institución, lo cual favorece el proceso y la innovación y nuestras estrategias para el programa de reciclaje institucional.
								Realizar y socializar el Plan de acción de reciclaje 2do semestre 2018 en gobierno Digital.	Ingeniera Ambiental	No. Acciones implementadas plan de acción de reciclaje / Total de acciones programadas	1/01/2020	31/01/2020	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	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	1/01/2020	31/01/2020	CONTINUO	actas de capacitación y registro fotográfico	90%	Se realizan todas las actividades planteadas por cada línea de acción, las cuales contribuyen a la disminución de la huella de carbono de la entidad, logrando dar cumplimiento a los parámetros establecidos en la red global de hospitales verdes y saludables, en la línea de acción agua, es de gran importancia dar cumplimiento a la normatividad de calidad de agua razón por la cual debido al mantenimiento y seguimiento realizado a los tanques de abastecimiento de agua de la institución, los resultados de las muestras de agua tomadas salieron satisfactorias y se encuentran dentro de los parámetros establecidos. Durante el IV Trimestre se trabajó bastante en el tema de la sensibilización al personal, por medio de mensajes alusivos al ahorro y uso eficiente de energía, mensajes recordando a las personas importancia de ahorrar energía y estar apagando las luces que no se estén utilizando en el momento, apagar equipos al salir de las oficinas, entre otras recomendaciones, sin embargo el ahorro de energía para la vigencia 2020 no fue significativo. Se realiza una jornada pos consumo en donde se realiza la recolección de los siguientes residuos:RAEES:14,85 KILOS, PILAS Y BATERIAS:35,80 KILOS, LUMINARIAS: 6 KILOS, MEDICAMENTOS VENCIDOS: 3 KILOS , garantizando la disposición final de un TOTAL DE RESIDUOS POS CONSUMO: 59,65 KILOS, demostrando de esta manera que el personal a tomado conciencia del manejo responsable de este tipo de residuos, ya que la campaña estuvo acompañada de una charla informativa sobre las consecuencias de la inadecuada disposición de estos residuos, también se identificó en la sede asistencial inadecuada disposición de residuos hospitalarios, razón por la cual se realiza una actividad lúdica con el fin de reforzar el tema de segregación de residuos, lo cual fue satisfactorio según el seguimiento realizado la adherencia a la actividad fue del 90%. Se cuenta con un control y consolidado de toda la papelería en cuestión de papel, carpetas, sobres consumida por el hospital al igual que el combustible consumido por los vehículos y los servicios públicos cancelados durante la vigencia 2020, con el objetivo de ingresar la información y conocer la cantidad de toneladas de CO2 Generadas en la vigencia 2020 con el fin de realizar la compensación según resultado.
								Medición de CO2 mediante calculadora ambiental de la Gobernación de Cundinamarca				1/01/2020	31/01/2020	CONTINUO		
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	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.	1/03/2020	1/05/2020	Primer Cuatrimestre	1. Pantallazos de las Alertas Implementadas	100%	Se da continuidad al proceso de reuniones en sala situacional dando soluciones inmediatas a los procesos que presenta falencias y que se encuentran establecidos en los planes de emergencia. En el mes de diciembre se realiza la actualización del plan de emergencia de sede Especialistas por motivos del traslado de la planta física.
								Socializar el plan con unidad de gestión del riesgo municipal.				1/03/2020	31/12/2020	Continuo		
5	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	Fallas en la Implementation del plan de emergencias	Desconocimiento del plan de emergencias	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	1/03/2020	31/12/2020	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico	100%	Se realiza el cumplimiento de las actividades establecidas en cada plan de emergencia del Hospital (Centros y Puestos de Salud). Verificando cumplimiento, se realiza la visita con personal de Bomberos para obtener el certificado de Concepto de Seguridad.
			No dar cumplimiento con el Reporte mensual del					Socialización de los Lineamientos SIVISALA a todo el personal.	REFERENTE		1/03/2020	31/12/2020	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico		

N°	SUBGERENCIA	TIPO	RIESGO	CAUSA	ANALISIS		MANEJO				PLAZO				SEGUIMIENTO 2		
					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	Sistema de Vigilancia en Salud Laboral y el 100% de los eventos de origen laboral de acuerdo a los Lineamientos.	Desconocimiento de la normalidad	Extremo	capacitación al personal para el reporte	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	1/03/2020	31/12/2020	Continuo	2. Informe de Seguimiento	100%	Durante el último trimestre del año 2020, se realiza el envío mensual del reporte SIVISALA a la secretaria de salud del departamento con aprobación de la Referente de Epidemiología.
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	Alto	Seguimiento a las acciones del plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo	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	1/03/2020	31/12/2020	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico	80%	Se entrega cumplimiento del 79,75%, bajo la modalidad de la evaluación de estándares mínimos bajo la Resolución 0312 de 2019, realizada el 22 de Diciembre de 2020 y teniendo en cuenta la realizada el día 1 de Septiembre 2020, se hacen planes de mejora.
8	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	Fallas en la implementación del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	1. Falta de Optimizaciones Sistema DGH 2. Cortes de Luz 3. Insuficiente Recurso Humano Para el Soporte Técnico DGH	Extremo	1. Llamado Telefónico al Proceso de TIC's 2. Plan de Contingencia (Manejo de Formatos Físicos Institucionales)	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 HMOY 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	1/03/2020	31/12/2020	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico	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. 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 forma
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	Extremo	1. recepción y clasificación de toda la información a publicar	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	1/03/2020	31/12/2020	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 la Comunicaciones PETIC	1. Desconocimiento del PETIC	Alto	Seguimiento al Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones PETIC	Seguimiento al Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones PETIC	Asumir y Transferir	Establecer y ejecutar el Plan de Acción del Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicación Institucional para la vigencia de acuerdo al autodiagnóstico de MIPG	REFERENTE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN - TICS	# de acciones realizadas Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones PETIC * 100 / # Total de acciones programadas Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones PETIC	1/03/2020	31/12/2020	Continuo	informe de seguimiento	80%	Para el IV 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, ya que se encuentra en proceso de validación por parte del área de Gestion Documental. 2. La Publicación total de los ITEMS de la Ley 1712, ya que se alcanza un 74% de cumplimiento con respecto a la nueva matriz de calificación, porcentaje inferior a la meta institucional establecida. 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 y la Plataforma MECA.
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 informatica	Alto	Seguimiento al Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información.	Seguimiento al Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información.	Asumir y Transferir	Establecer y ejecutar el Plan de Acción del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información Institucional para la vigencia de acuerdo al autodiagnóstico de MIPG	REFERENTE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN - TICS	# de acciones realizadas Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información * 100 / # Total de acciones programadas Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información	1/03/2020	31/12/2020	Continuo	informe de seguimiento	100%	Para el IV Trimestre de 2020, se alcanza un cumplimiento del Plan de Tratamiento de Riesgos y Privacidad de la Información en un 100%, es decir se cumplen las 4 actividades propuestas. 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 y la Plataforma MECA.
12	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No lograr una recuperación de la cartera 2019 en un 63%	1. no contar con los soportes para realizar las respectivas cuentas de cobro 2. deficiencia en la gestión	Alto	gestión ante las EAPB	gestión ante las EAPB	Asume y Comparte	Realizar seguimiento permanente a la Cartera conciliada con las EAPB. Informe de avance en el planteamiento de búsqueda de recursos y concepto de viabilidad.	REFERENTE CARTERA	Recuperación de cuentas por cobrar en vigencia 2020 (cartera 2018) pendiente 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	1/03/2020	31/12/2020	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.	63%	Se logro adelantar procesos de depuración de cartera con Entidades, con cartera de mayor representación que no se había logrado durante la vigencia 2020 con las EPS's Ecoopos, Convida y otras de entidades, logrando una recuperación de cartera acumulada de \$ 10.395.159.900, de los \$ 15.694.313.619 proyectadas en el presupuesto, alcanzando un 66% de recuperación, respecto al 63% que se tenía como meta.
13	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No Lograr el recaudado 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	Alto	gestión ante las EAPB	gestión ante las EAPB	Asumir	Continuar con el proceso de depuración de cartera con las EAPB	REFERENTE CARTERA	Valor de recaudado de cartera > 360 días / Valor de la cartera > 360 días establecida a 31 de diciembre de 2018 (balance)	1/03/2020	31/12/2020	Continuo	Continuar con el proceso de depuración de cartera con las EAPB	100%	Se logro acercamiento con las Entidades de Mayor representación de cartera mayor a 360 días y se continua proceso de conciliación de glosa por Mayor Valor UPC e incumplimiento de Metas de PYD con la EPS Coosulud a través del Área Jurídica de la Entidad ante el Ente de Control SUPERSALUD, con las entidades de menor representación se logro una recuperación de \$ 13.988.754,07, acumulando en el año un total de \$ 812.060.638,07 para un 46,08% final de la meta anual del indicador.

N°	SUBGERENCIA	TIPO	RIESGO	CAUSA	ANALISIS		MANEJO			INDICADOR	PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	SEGUIMIENTO 2	
					NIVEL	CONTROLES EXISTENTES	OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN	RESPONSABLES DE LA ACCIÓN		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO		RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
14	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	Falta de implementación del sistema de costos	1. no contar con el apoyo técnico para su implementación	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)	28/02/2020	31/12/2020	Continuo	Socialización de cronograma de trabajo 2020, con los responsables del proceso financiero y sistemas de información.	100%	Se logró realizar el cierre del modulo de costos correspondiente a los meses de octubre y noviembre 2020, quedando como pendiente el mes de diciembre 2020 debido a que el modulo de costos trabaja mes vencido, y hasta que el modulo de contabilidad se encuentre cerrado por lo tanto se espera poder realizar el cierre a final de enero 2021. Adicional se logro capacitar a los referentes de área en especial la pare asistencial para el mejoramiento del reporte de horas por centro de costo del personal a cargo debido a que es la fuente de información para la distribución de la mano de obra del hospital, la cual corresponde a un 75% de la totalidad de los costos hospitalarios. De acuerdo al cronograma se cumple con el 80% de las actividades programadas para el trimestre, acumulando para la vigencia 2020 10 acciones realizadas de las 11 del cronograma, un cumplimiento del 91%, es decir el 100% de la meta establecida en el 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.	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 Documental	# de acciones realizadas del Plan Institucional de Archivos* 100 / # Total de acciones programadas del Plan Institucional de Archivos	28/02/2020	31/12/2020	Continuo	1. Actas de Socialización y Registro Fotográfico	100%	Según lo establecido en el PINAR para la vigencia 2020 se realizo el 100% de lo Planteado, contando para ello con las evidencias correspondientes.
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	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	28/02/2020	31/12/2020	Continuo	1. Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	90%	INDICADOR: vr adquisiciones \$ 40.094'838.838; vr. Adquisiciones programadas: \$ 44.591'266.613; RESULTADO: 90,0% ejecución. La contratación de mano de obra para las actividades misionales, de concurrencia, pic y administrativas, a 31 de diciembre de 2.020, se ejecutaron en un 87,0%; Para el grupo de GASTOS GENERALES, la contratación total a diciembre 2.020, alcanzó una ejecución del 92,1%; En el grupo de GASTOS DE OPERACION COMERCIAL, que incluye medicamentos y los insumos médico quirúrgicos, odontológicos, alimentos y los servicios operados por terceros, la contratación total a diciembre 2.020, alcanzó una ejecución del 92,3%. La ejecución global del PAA, al finalizar el cuarto trimestre 2.020, en los tres grupos del Gasto, fue del 90,0% total.
17	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Financiero y Operacional	Fallas en el cumplimiento del Plan de Vacantes	1. desconocimiento de la norma	Alto	Seguimientos a las actividades del Plan	Asumir y Compartir	% de ejecución Plan de Vacantes	LIDER DE TALENTO HUMANO	% de ejecución Plan de Vacantes	28/02/2020	31/12/2020	Continuo	1. Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	90%	Se logro ejecutar al 100% el cubrimiento de las vacantes nuevas para servicio social obligatorio y una renuncia para acumulado total del 90% en el año.
18	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	De Cumplimiento	Fallas en el cumplimiento del Plan de Previsión de Recurso Humanos	1. desconocimiento de la norma	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	28/02/2020	31/12/2020	Continuo	1. Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	90%	Se ejecuta una actividad, logrando el 100% esperado para el trimestre y un total acumulado para el año 2020 de un 90%. La acción adelantada posesión de 3 médicos generales de servicio social obligatorio
19	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operacional	Fallas en el Cumplimiento del Plan Estratégico de Talento Humano.	1. desconocimiento de la norma	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	28/02/2020	31/12/2020	Continuo	1. Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	85%	Se cumplió con las actividades planeadas, algunas de ellas programadas otras no. Se reevalúo que personal estaba trabajando desde casa por condiciones de pandemia covid, reintegrándose 5 y continuando trabajo en casa 10, dando cumplimiento a la resolución No. 186 de 2020. Se continúa con el proceso de digitalización de hojas de vida, se crean planes anuales del año 2021, en revisión supresión de vacantes por presupuesto. A grosso modo se cumplió con un total de 4 actividades, logrando el 100% de ejecución y un acumulado año 2020 de 85%
20	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Estratégico y Operativo	Fallas en el Cumplimiento del Plan Institucional de Capacitaciones	1. desconocimiento de la norma	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	28/02/2020	31/12/2020	Continuo	1. Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	90%	La ejecución de la capacitación en diversas área se realizó por pequeños grupos o a traves 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 90%
21	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Estratégico y Operativo	Fallas en el Cumplimiento del Plan de Incentivos Institucional	1. desconocimiento de la norma	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	28/02/2020	31/12/2020	Continuo	1. Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	80%	Comité de Bienestar realiza entrega de almuerzo navideño para todo el personal ops y planta, tambien se realia bingo virtual en reemplazo de fiesta de fin de año por pandemia covid 19, se cierra trimestre con cumplimiento del 100% y un total en el año del 80%.
															83%	

N°	SUBGERENCIA	TIPO	RIESGO	CAUSA	ANÁLISIS		MANEJO			INDICADOR	PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	SEGUIMIENTO 2	
					NIVEL	CONTROLES EXISTENTES	OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN	RESPONSABLES DE LA ACCIÓN		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO		RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS
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 DM2) para la vigencia 2020.	desconocimiento del manual de Auditoria	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	28/02/2020	31/12/2020	Continuo	Informe de auditoria	91%	En la vigencia IV trimestre se realizaron 2.426 de tamizaje findrish a usuarios entre 19 y 69 años alcanzando un porcentaje de cumplimiento del 53% con lo cual se alcanza la meta institucional establecida para esta vigencia, logrando tamizar 151 usuarios con riesgo en el mes de octubre, 156 en el mes de noviembre y 102 en el mes de diciembre de los cuales se logro canalizar efectivamente a consulta crónicos de primer vez a 166 usuarios para confirmación de diagnostico e inicio de tratamiento de manera oportuna, con respecto a la vigencia anterior el indicador presento un aumento del 13% pero aun así se cierra la vigencia 2020.
23	SUBGERENCIA COMUNITARIA	De Cumplimiento	Fallas en el control de Pacientes hipertensos dentro de la Línea Base 2018.	1. No realizar los registros correspondientes	Alto	Se Crearan para la Vigencia	Asumir transferir	Realizar seguimiento a los pacientes diagnosticados como hipertensos Realizar seguimiento a los pacientes insistentes 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 diagnóstico de hipertensión arterial reportados que asisten a control.	28/02/2020	31/12/2020	Continuo	Informe de auditoria	100%	Durante el IV trimestre se realizaron 2501 tamizajes a usuarios de edades entre 19 y 69 años de los cuales 617 presentaron cifras tensionales fuera de rangos normales, el cumplimiento de este indicador para el este trimestre fue del 148% lo cual es optimo para la institución ya que se cumple con la meta establecida para la vigencia 2020. Es de aclarar que para este indicador no solo se tiene en cuenta los pacientes tamizados con riesgo, si no, todos los que ingresan a consulta por primera vez, incluyendo los de cambio de IPS, cambio de sitio de residencia y derivados de consulta externa y urgencias.
24	SUBGERENCIA COMUNITARIA	De Cumplimiento	Fallas en la educacion de la lactancia materna en menores de 6 meses.	1. Incumplimiento al Protocolo	Alto	seguimiento al protocolo	Asumir	1.Seguimiento a Adherencia al Procolo		% de Adherencia al protocolo	28/02/2020	31/12/2020	Continuo	1. Informe de Supervisión con % de Adherencia	94%	Durante el ultimo trimestre 2020 se fortaleció la educación brindada durante el puerperio inmediato donde se garantiza la asesoría en lactancia materna por intermedio de una auxiliar de enfermería que realiza la asesoría antes del egreso hospitalario para lo cual se estableció seguimiento telefónico a todos los post partos de la institución donde se educa acerca de lactancia materna exclusiva, aseguramiento en salud y se realiza canalizaciones a los servicios de PyD, dejando todo esto soportado en nota de enfermería de la historia clínica. El cierre de la vigencia 2020 quedo con un cumplimiento del 94% de la meta, manteniendo la lactancia materna en 3,8 meses.
25	SUBGERENCIA COMUNITARIA	De Cumplimiento	No realizar el seguimiento a las citologías con reporte positivo.	1. incumplimiento al protocolo	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	28/02/2020	31/12/2020	Continuo	Seguimiento a resultados positivos	100%	Durante el IV trimestre del año se obtuvo un cumplimiento del 63% logrando la meta establecida, para este periodo 1512 mujeres entre los 25 y 69 años fueron canalizadas en la institución de las cuales a 960 se les realizo 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 18 reportes, LEIGA 1 reportes, LEIGB 11 reportes, LEIBG + VPH 2 reportes, ASC-H 1 reporte y Anormalidades en células epiteliales glandulares sin especificación 1 reporte. Para un total de 34 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.
26	SUBGERENCIA COMUNITARIA	De Cumplimiento	Fallas en la implementación de los 10 pasos de la estrategia IAMII	1. incumplimiento al protocolo	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	28/02/2020	31/12/2020	Continuo	Porcentaje de implementación de estrategia IAMII	100%	En Octubre de 2020, se capacitaron 10 funcionarios de los procesos de Seguridad, Servicio de alimentos y Salas de cirugía y 198 usuarias educadas. En Noviembre de 2020 se capacitaron 7 integrantes del área de Farmacia, 81 funcionarios del área de Enfermería, 2 de urgencias y 1 de consulta externa y se educaron 217 usuarias. En Diciembre se capacitaron 3 funcionarios de Consulta Externa y 13 funcionarias de centros y puestos de salud y se educaron 208 usuarias. Durante el trimestre se realizaron las 7 capacitaciones programadas y una más en noviembre, cumpliendo al 100% del cronograma planteado al semestre.
98%																
27	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Operativo	Falta en la notificación de los eventos de interés y calidad en la información y los registros del SIVIGILA	1. desconocimiento de metodología en el reporte	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	1/03/2020	31/12/2020	Continuo	cronograma con seguimiento	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 busqueda activa institucional

N°	SUBGERENCIA	TIPO	RIESGO	CAUSA	ANÁLISIS		MANEJO				PLAZO				SEGUIMIENTO 2	
					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	ANÁLISIS
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	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 (CIE 10, BAI e HC)	28/02/2020	31/12/2020	continuo	SE REALIZA BUSQUEDA DE EVENTOS QUE CUMPLEN CRITERIOS PARA IDEACION SUICIDA E INTENTO SUICIDA QUE INGRESAN AL HMGY	100%	Se verifica la base del periodo epidemiológico, se generan los rips del mismo periodo y se realiza el cruce en la plataforma sianeps donde se verifican los datos de las bases mencionadas y los diagnósticos sianeps para el evento. no se identifica por la plataforma ningún evento sin reportar en Sivigila, es de mencionar que la oportunidad del dato de registro esta de acuerdo a lo establecido por el lineamiento nacional.
29	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	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	28/02/2020	31/12/2020	continuo	listado de asistencia con registro fotográfico	100%	Las actividades desarrolladas por el area de epidemiologia se ven reflejadas en Sala Situacional en referencias a mitigación y contingencia de la pandemia del Covid 19
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	alto	seguimiento actividades del plan de mejoramiento	asumir y compartir	Seguimiento al plan de sostenibilidad del SUH vigencia 2020.	Referente de Habilitación	# actividades cumplidas del Plan de Sostenibilidad del SUH/# actividades propuestas del Plan de Sostenibilidad del SUH	28/02/2020	31/12/2020	continuo	Actas de Seguimiento, Fotos, Socializaciones.	100%	Identificar las oportunidades de mejora de cada una de las sedes con el fin de intervenirlas y así mismo dar cumplimiento al 100% de las exigencias normativas para cada uno de los servicios ofertados por sede. Se definen acciones de mejoramiento para cada una de las sedes, de acuerdo a los resultados de la aplicación de listas de chequeo con criterios normativos verificables para cada servicio y según resolución 3100 de 2019. Se da cumplimiento al indicador planteado, con un resultado del 91% para cierre de vigencia 2020, 100% del indicador.
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	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 Habilitación	# acciones implementadas del PAMEC *100 /# total de acciones propuestas del PAMEC	28/02/2020	31/12/2020	continuo	2. Actas de Socialización y Registro Fotográfico	75%	Se cuenta con el documento y la implementación del PAMEC el cual se realiza a principios del mes de Febrero del 2021.
32	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	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	28/02/2020	31/12/2020	Primer Cuatrimestre	1. Actas de Socialización y Registro Fotográfico	94%	Se logra la aplicación, consolidación y tabulación de encuestas de cada uno de los servicios y puestos de salud del hospital Mario Gaitán Yanguas, de acuerdo a la meta establecida generando interacción con el usuario y facilitando canales de expresión frente a su experiencia en la utilización de nuestros servicios. Para el mes de Octubre se pudo evidenciar que se aplicaron 1451 encuestas de satisfacción de las cuales 1359 personas afirman que les pareció muy bueno y bueno la atención recibida equivalente al 93,6%. Para el mes de noviembre se aplicaron 1273 encuestas de las cuales 1172 personas manifiestan que la atención recibida fue buena y muy buena es decir el 92%. Para el mes de Diciembre se aplicaron 1224 encuestas de satisfacción de las cuales 1137, es decir el 92,8% respondió que la atención fue buena y muy buena durante este mes. Se puede concluir que para el cuarto trimestre y según la información registrada existe un 92,9% de satisfacción de los usuarios. Así mismo el acumulado total para el II semestre del año 2020 corresponde a 8.381 encuestas aplicadas de las cuales 7.909, es decir el 94,3% refieren que los servicios recibidos fueron buenos y muy buenos.
33	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Operativo	Fallas en los tiempos de respuesta de las PQRSDF en la ESE HMGY de Soacha	Desconocimiento de la normatividad	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 las tiempos de respuestas de las PQRSDF	Referente trabajo social	Sumatoria total de los días hábiles transcurridos entre la recepción de las PQRSDF y la emisión de respuesta / Número de total de PQRSDF recibidas.	28/02/2020	31/12/2020	Continuo	4. Acta de comité MECI y registro Fotográfico	100%	Se fortalecen los canales de comunicación a los usuarios del Hospital Mario Gaitán Yanguas que les permite interponer sus Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y/o Denuncias, brindado respuestas oportunas y satisfactorias a los mismos. Así mismo se generan acciones de mejora en torno a los atributos de las PQRSDF registradas desde las diferentes áreas. Durante el cuarto trimestre del año 2020 se puede evidenciar que hubo cumplimiento de la meta estipulada ya que los niveles de satisfacción de los usuarios a los que se les aplico el instrumento fueron altos y esto se debe al correcto seguimiento y registro de las PQRSDF en la matriz diariamente y de igual modo al brindar una respuesta oportuna y satisfactoria a cada caso en los tiempos legalmente establecidos.

N°	SUBGERENCIA	TIPO	RIESGO	CAUSA	ANALISIS	CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			INDICADOR	PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	SEGUIMIENTO 2	
					NIVEL		OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN	RESPONSABLES DE LA ACCIÓN		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO		RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
34	SUBGERENCIA CIENTIFICA	OPERATIVO	Incumplimiento al Plan de Acción del Programa de Seguridad del Paciente de la ESE	1. Desconocimiento del programa de Seguridad del paciente	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	28/02/2020	31/12/2020	primer cuatrimestre	acta de compilación de capacitaciones con registro fotográfico	100%	*Involucrar a los diferentes referentes de la institución en los planes de mejora según los hallazgos encontrados en las rondas de seguridad, búsqueda activa y los sucesos de seguridad reportes seguridad del paciente. *Bajo la estrategia de entrega de carpeta con formatos para reporte de sucesos de seguridad y visitas a cada uno de los servicios de la sede hospitalaria, especialistas consulta externa, algunos centros y puestos, se generando una cultura de reporte. *Mojara en la adherencia al protocolo de limpieza y desinfección en la sede hospitalaria, centros y puestos de salud. *Adherencia al protocolo de identificación del paciente. *Se realizaron capacitaciones al personal de seguridad, personal de tripulación de ambulancias, en programa y política de seguridad del paciente, protocolo de higiene de manos. * Se realizaron las capacitaciones pendientes de consentimiento informado al personal de enfermería, paquete instruccional de cirugía segura, cumpliendo con el 100% de las actividades programadas de seguridad del paciente.
35	SUBGERENCIA CIENTIFICA	OPERATIVO	No dar cumplimiento al Plan de Acción del Programa de Humanización de la ESE	1. Desconocimiento de las actividades a desarrollar	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	28/02/2020	31/12/2020	continuo	matriz semaforizada con % de cumplimiento	100%	Durante el periodo se adelantaron las actividades programadas reforzando acciones durante el mes de diciembre en el cual se adelanto el concurso de decoración navideña en el que participaron 10 equipos entre servicios del hospital (pediátrica, ginecología, quirúrgicos, medicina interna), terceros (cafur, servicios generales) sedes (consulta externa Odontología), Centros y puestos (Sibate, Santillana, despensa) impactando positivamente el espíritu navideño y actitud de los colaboradores como las redes sociales (Instagram). Adicional se motivo a los colaboradores a la donación de regalos. Se logro entregar un total de 186 regalos y se alcanzó la cifra de 135 libros prestados durante diciembre a usuarios del hospital.
															97%	
															SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	83%
															SUBGERENCIA COMUNITARIA	98%
															SUBGERENCIA CIENTIFICA	97%
															AVANCE TOTAL	92%