



MAPA DE RIESGOS 2021

N°	PROCESO	IDENTIFICACIÓN			CONSECUENCIAS			ANÁLISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	PRIMER TRIMESTRE			
		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	% AVANCE	OBSERVACIONES
1	Control Interno	Administrativo	desconocimiento del Plan anticorrupción y de atención al usuario	1. Desconocimiento de la norma de anticorrupción	4	4	4	2	3	4	ALTO	Decreto 612	asumir y compartir	creación del plan anticorrupción y de atención al usuario	planeación y calidad	plan anticorrupción de atención al usuario publicado	01/01/2021	31/01/2021	primer cuatrimestre	plan anticorrupción de atención al usuario publicado	100%	Se llevo acabo la creacion del Plan Anticorrupción de la vigencia 2021,
														socialización del plan del plan anticorrupción y de atención al usuario en comité de control interno	planeación y calidad, representant e de comité MECI		01/01/2021	31/01/2021	primer cuatrimestre	Acta comité MECI		Se llevo acabo la Socialización del Plan Anticorrupción de la vigencia 2021 con acta del 25 de Enero del 2021 por comité MECI
														seguimiento del plan anticorrupción y de atención al usuario publicado en la WEB	oficina de Control Interno	seguimiento al plan publicado en la web	01/01/2021	31/12/2021	continuo	seguimiento al plan publicado en la web		se programa de acuerdo a normatividad el seguimiento
2	Gestión Documental	Administrativo	No contar con Instrumentos para la optimización del proceso de Gestión Documental	Desconocimiento de la normatividad de gestión documental	4	4	4	2	3	4	ALTO	Plan de Mejoramiento Individual	asumir y compartir	Actualizar los inventarios documentales de los archivos de gestión y Central mediante el diligenciamiento correcto del Formato Unico de Inventario Documental (FUID)	Referente Gestión Documental	Numero de Instrumentos Implementados/ Numero de Instrumentos programados para optimizar el proceso de Gestión Documental	01/01/2021	31/01/2021	trimestral	Instrumentos implementados	70%	De los meses enero, febrero y marzo se recibieron 2.424 consentimientos de los cuales se subieron a Dinamica Gerencial 1.309, que corresponde al 100% de los dos primeros meses. Según el cronograma de transferencias socializado a todas las dependencias del hospital hay algunas que no aplican para transferir documentos porque son nuevos en el hospital o por que no manejan documentos físicos o porque son documentos que deben de permanecer en gestión. los que sí lo hicieron son los que están relacionados en el cuadro. Durante el primer trimestre de 2021 se crearon y organizaron en sus respectivas unidades de conservación y en sus estantes 3541 anexos de historias clínicas correspondientes a la terminación de 2020 y los meses de enero y febrero de 2021
3	Gestión Documental	Administrativo	Falta de Implementación de la TRD a todas las área productoras	falta de capacitacion en las unidades Productoras	4	4	4	2	3	4	ALTO	Decreto 612	asumir y compartir	Capacitar al personal administrativo y operativo del Hospital Mario Gaitan Yanguas de Soacha en la aplicación de las (TRD)	Referente Gestión Documental	Cronograma de Implementacion de TRD con avance	01/01/2021	31/01/2021	trimestral	cumplimiento cronograma	86%	Se ejecutaron actividades planeadas en un 86% para el primer trimestre, para lo cual se debe fortalecer las no realizadas para el siguiente periodo.
4	Presupuesto	Administrativo	Falta de planeacion en las adquisiciones de bienes e insumos para funcionamiento y operatividad	desconocimiento normativo y funcional de la institucion	4	4	4	2	3	4	ALTO	Decreto 612	asumir y compartir	Consolidacion de las necesidades por proceso, y publicación del plan de adquisiciones	referente presupuesto y compras	Actividades realizadas/ Actividades programadas	01/01/2021	31/01/2021	semestral	avance del plan anual de adquisiciones	60%	Se revisa Plan Anual de adquisiciones y de acuerdo al rubro correspondiente se evidencia un porcentaje de ejecución del 58,6%
																						Se ejecutaron las actividades planeadas en un 100% del primer trimestre del año 2021, realizando actualizacion, codificacion y publicacion del plan

MAPA DE RIESGOS 2021

N°	PROCESO	IDENTIFICACIÓN			CONSECUENCIAS			ANÁLISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			INDICADOR	PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	PRIMER TRIMESTRE		
		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	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN		PERIODO DE SEGUIMIENTO	% AVANCE	OBSERVACIONES
5	TALENTO HUMANO	Administrativo	No contar con un programa que fortalezca el talento humano	no contar con actividades que generen integración del talento humano	4	4	4	2	3	4	ALTO	Decreto 612	asumir y compartir	creación y avance de actividades que fortalezcan el talento humano del HMGY	referente recursos humanos	Actividades realizadas/ Actividades programadas	01/01/2021	31/01/2021	semestral	cumplimiento de actividades	98%	<p>Se ejecutaron las actividades planeadas en un 100% del primer trimestre del año 2021, realizando actualización, codificación y publicación del plan; actualización a la cnse de las vacantes de la planta del hospital.</p> <p>El plan estratégico en el primer trimestre se cumplió a un 92% esto debido a que la actividad relacionada con la digitalización de hojas de vida no se llevo a cabo por falta de scanner, ya solicitado al área de sistemas.</p> <p>En el primer trimestre de 2021, se cumplieron en un 100% las actividades planeadas, para este trimestre se pudieron desarrollar de forma presencial los eventos cumpliendo los protocolos de bioseguridad y aforo de espacio máximo; también se trabajo de forma virtual, con apoyo del área de comunicaciones en cuanto a las felicitaciones de cumpleaños, fechas especiales e invitaciones.</p>
6	TALENTO HUMANO	Administrativo	Falta de capacitación al talento humano	desconocimiento de competencias del talento humano	4	4	4	2	3	4	ALTO	Decreto 612	asumir y compartir	creación y avance de actividades que fortalezcan la capacitación del talento humano del HMGY	referente recursos humanos	Actividades realizadas/ Actividades programadas	01/01/2021	31/01/2021	semestral	cumplimiento de actividades	80%	El plan anual de capacitaciones se cumplió en un 80%, esto debido a que durante en primer trimestre de 2021 hubo pico de Covid-19 y restringió las capacitaciones programadas.
7	Salud Ocupacional	Administrativo	Falta de identificación de peligros, riesgos en el trabajo y prevención de accidentes y enfermedades laborales	No contar con un programa de Seguridad y salud en el trabajo	4	4	4	2	3	4	ALTO	Decreto 612	asumir y compartir	creación y avance de actividades prevengan los riesgos de accidentes y enfermedades laborales	referente Salud ocupacional	Actividades realizadas/ Actividades programadas	01/01/2021	31/01/2021	semestral	cumplimiento de actividades	91%	En el primer trimestre de 2021, se cumplieron en un 90,8%
8	Referentes sistemas de información	Administrativo	No contar con un programa de Tecnología información y comunicación	desconocimiento normativo	4	4	4	2	3	4	ALTO	Decreto 612	asumir y compartir	creación y avance de actividades que fortalezcan la tecnologías y comunicaciones del HMGY	referente Sistemas de Información	Actividades realizadas/ Actividades programadas	01/01/2021	31/01/2021	semestral	cumplimiento de actividades	67%	Se ejecutaron actividades planeadas en un 67% para el primer trimestre, para lo cual se debe fortalecer las no realizadas para el siguiente periodo

MAPA DE RIESGOS 2021

N°	PROCESO	IDENTIFICACIÓN			CONSECUENCIAS			ANÁLISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			INDICADOR	PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	PRIMER TRIMESTRE		
		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	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN		PERIODO DE SEGUIMIENTO	% AVANCE	OBSERVACIONES
9	Referente Ambiental	Administrativo	falta de Campañas ambientales dentro de la institución en el manejo de residuos	desconocimiento del manejo del reciclaje	4	4	4	2	3	4	ALTO	POA 39	asumir y compartir	Realizar Campañas ambientales , sobre temas que enriquezcan el manejo del material aprovechable a través de la implementación de líneas de acción de agua, energía o residuos.	referente recursos humanos	Actividades realizadas/ Actividades programadas	01/01/2021	31/01/2021	trimestral	cumplimiento de actividades	100%	<p>Sensibilización al personal mediante mensajes alusivos al reciclaje incrementando la comercialización de los mismos.</p> <p>*Actividad lúdica a todo el personal de la institución en conmemoración del día del agua, en donde se enfocó la información sobre el cuidado y manejo de nuestro recurso natural (El agua), tanto en nuestros lugares de trabajo como en los hogares, fomentando en los funcionarios cultura ambiental, se hace entrega de termos de plástico resistente con un mensaje del día del agua con el fin de que las personas reduzcan el uso de plásticos de un solo uso que también afectan nuestro recurso hídrico.</p> <p>*Control y seguimiento mediante base de datos del material comercializado obteniéndose una comercialización y ganancia constante, ya que por mes se ve un incremento de 80 kilos aproximadamente, lo que nos indica la adherencia al programa de reciclaje. Con esto se da cumplimiento al 100% de las 3 actividades planteadas para el I trimestre.</p> <p>*Durante el trimestre se generaron un total de 7077,16 kilos de residuos ordinarios, de los cuales se aprovechó un total de 1383,79 kilos que fueron comercializados por un valor de \$370.601, logrando el 20% del total de residuos reciclables.</p> <p>Para habilitar la compatibilidad con lectores de pantalla, presiona Ctrl+Alt+Z. Para más información sobre la</p>
10	Cartera	Administrativo	Falta de gestión en la recuperación de cartera mayor a 360 días.	desconocer la normatividad	4	4	4	2	3	4	ALTO	POA 42	asumir y compartir	Realizar proceso de Circularización a las diferentes EAPB con apoyo de Cobro Coactivo para la recuperación de Cartera mayor a 360 días.	referente de Cartera	% de recuperación de cartera mayor a 360 días.	01/01/2021	31/01/2021	trimestral	% de recuperación de cartera mayor a 360 días.	100%	<p>Se logró adelantar a través de circularización con las diferentes EAPB mesas de trabajo de conciliación de cartera logrando identificar el estado de cada una de las facturas lo que permite conciliar cada uno de los conceptos evidenciados, clarificar la información , solicitar el pago de saldos libres a través de acuerdos de pago, así mismo la radicación de la acreencia ante el agente liquidador de la EPS Comfamiliar Cartagena, radicación de recursos de reposición a las resoluciones de los agentes liquidadores de las EPS Cafesalud y Cruz Blanca.</p> <p>Para el trimestre enero a marzo de 2021 se adelanto circularización a través de derechos de petición y primer cobro persuasivo proyectados y radicados 144 a 90 entidades responsables de pago, solicitando el pago de la cartera adeudada, entrega de soportes, solicitud soportes de giros pendiente de legalización y asignación de citas para depuración de cartera, conciliación de glosa entre otros, como logro de las 90 EAPB notificadas 53 han emitido respuesta a la Entidad avanzando en los diferentes procesos de cartera y cuentas medicas que permiten depurar el estado de la cartera para el reconocimiento de saldos libres claros y exigibles.</p>

MAPA DE RIESGOS 2021

N°	PROCESO	IDENTIFICACIÓN			CONSECUENCIAS			ANÁLISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			INDICADOR	PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	PRIMER TRIMESTRE		
		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	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN		PERIODO DE SEGUIMIENTO	% AVANCE	OBSERVACIONES
11	Costos	Administrativo	No contar con la identificación de Costos en los procesos del HMGY	no contar con una metodología para identificación de los costos	4	4	4	2	3	4	ALTO	POA 44	asumir y compartir	Crear el Plan de Costos	referente recursos humanos	Ejecución del plan de implementación de Costos	01/01/2021	31/01/2021	trimestral	Seguimiento y reestructuración de los costos por proceso en el sistema y parametrización	100%	Se logró presentar informe de costos de puesta en marcha servicios de Urgencias y Atención de partos en Sibabé Informe de costos consolidado por Sedes Informe para rendición de cuentas Informes para antes de control Cierre mensual de costos en el módulo de Dinámica Gerencial.
12	Calidad	Asistencial	Fallas en el implementación del programas de Humanización.	falta de socialización en humanización	4	4	4	2	3	4	ALTO	Plan de Mejoramiento Individual	asumir y compartir	Realizar Orientación del programa de Humanización al cliente interno y externo	referente recursos humanos	implementación programa de Humanización.	01/01/2021	31/01/2021	trimestral	actas y socializaciones del plan de humanización	100%	Mensualmente se comparte en comité de humanización las actividades adelantadas desde Humanización y su alcance en las diferentes sedes, centros puestos y servicios del HMGY
13	Rutas de Atención Integral	Asistencial	fallas en la implementación de las actividades en el Plan de acción de morbilidad materna	desconocimiento de la ruta Materno-Perinatal	4	4	4	2	3	4	ALTO	POA 27	asumir y compartir	Implementar el plan de acción de morbilidad materna	Referente ruta Materno-Perinatal	plan de acción de morbilidad materna	01/01/2021	31/01/2021	trimestral	actas y socializaciones del plan de acción de morbilidad materna	100%	Para este trimestre se logró diseñar el plan de acción de morbilidad materna extrema, al cual se le dio inicio en el mes de marzo con el seguimiento telefónico de las pacientes notificadas con MME. En el mes marzo el área de vigilancia epidemiológica notificó a la referencia de salud sexual y reproductiva 24 casos de MME, los cuales 17 corresponden a atenciones en ese mismo mes y 7 corresponden a ajustes de Siviglia de casos reportados en enero y febrero, de dicho evento 6 pacientes son capitadas en la IPS y 18 no capitadas. Durante el seguimiento telefónico no se logró contactar a todas las usuarias, sin embargo, en la historia clínica se logró identificar que las pacientes fueron notificadas como MME en el ingreso en el cual se atendió el evento obstétrico, 9 pacientes con diagnóstico de cesárea, 2 legrado, 10 parto vaginal, 1 continua en gestación y con controles prenatales y 2 gestantes remitidas sin nuevos registros en historia.
14	Nutrición	Asistencial	fallas en la implementación de la estrategia IAMII	falta de socialización estrategia IAMII	4	4	4	2	3	4	ALTO	POA 33	asumir y compartir	implementación de la estrategia IAMII	referente Nutrición	porcentaje implementación de la estrategia IAMII	01/01/2021	31/01/2021	trimestral	actas y socializaciones del plan de acción de la estrategia IAMII	100%	Se realizan 15 capacitaciones en el trimestre en donde se incluyó los centros de salud y/o usuarios para conformación de grupos de apoyo, se realia el diligenciamiento trimestral enero a marzo 2021 del formulario de autoapreciación. Desde el 17 de febrero 2021 se cuenta con personal de registraduría y los niños que los padres lo deseen salen con registro civil de lunes a viernes y durante la consejería en lactancia materna se brinda educación a las maternas sobre la importancia del registro civil de nacimiento.

MAPA DE RIESGOS 2021

N°	PROCESO	IDENTIFICACIÓN			CONSECUENCIAS				ANÁLISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			INDICADOR	PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	PRIMER TRIMESTRE	
		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		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO		% AVANCE	OBSERVACIONES
15	PAI	Comunitaria	Falta de Cobertura de vacunación hasta los 5 años	desconocimiento del plan de vacunación	4	4	4	2	3	4	ALTO	POA 34	asumir y compartir	Cobertura de vacunación hasta los 5 años	referente recursos humanos	porcentaje Cobertura de vacunación hasta los 5 años	01/01/2021	31/01/2021	trimestral	porcentaje Cobertura de vacunación hasta los 5 años	98%	Durante el I Trimestre se da continuidad al convenio OPS - Acofaen, cuyo objetivo es contribuir al Programa Ampliado de Inmunización en el municipio para lo cual se cuenta con apoyo vigente de un equipo extramural conformado por 4 vacunadores y 3 digitadores lo cual ha favorecido al Programa a nivel institucional. Para el primer trimestre de la vigencia se ha cumplido con el 94% de Vacunación programada, incluyendo los Nacidos vivos en el periodo.
16	Calidad	Asistencial Comunitaria	Falta cumplimiento del plan de habilitación	desconocimiento de la norma	4	4	4	2	3	4	ALTO	POA 1	asumir y compartir	cumplimiento del plan de habilitación	referente Calidad	% cumplimiento del plan de habilitación	01/01/2021	31/01/2021	trimestral	% cumplimiento del plan de habilitación	64%	Se logra ejecutar la autoevaluación de con los criterios normativos de la resolución 3100 en todos los servicios de las sedes de la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha. Se definen los planes de mejoramiento de habilitación de la vigencia 2021 para cada sede con el fin de realizar el seguimiento respectivo a la ejecución de acciones que permitan dar cumplimiento a la norma.
17	Calidad	Asistencial Comunitaria	Fallas en la creación del PAMEC	falta de identificación de líneas de atención y priorización	4	4	4	2	3	4	ALTO	POA 2	asumir y compartir	% de cumplimiento del PAMEC	referente Calidad	% cumplimiento del planes de mejoramiento	01/01/2021	31/01/2021	anual	cumplimiento del planes de mejoramiento	100%	Se efectuó diseño de Plan de Acción PAMEC 2021. Actualización del Documento maestro PAMEC para la totalidad de las sedes (10 Documentos) y se registra en Matriz de Autoevaluación SUA los resultados otorgados para la totalidad de las sedes.
18	Seguridad del paciente	Asistencial Comunitaria	No contar con un programa seguridad paciente	desconocimiento de los derechos que tienen el paciente y su familia	4	4	4	2	3	4	ALTO	POA 6	asumir y compartir	Implementación programa seguridad paciente	referente seguridad del paciente	Porcentaje implementación programa seguridad paciente	01/01/2021	31/01/2021	anual	cumplimiento del cronograma de actividades	100%	Se realizaron las capacitaciones programas para el 1 trimestre en política y programa de seguridad del paciente, se inicia cronograma de capacitación en los paquetes instruccionales, se aumento la cultura de reporte por parte del personal, se realiza seguimiento correspondiente a los planes de mejora. Se cumple con el 100% de las actividades programadas para el trimestre, un acumulado del 16,88% del cronograma anual.
19	Mercadeo	Administrativo	falta de Implementar el portafolio de servicios definida en la Reorganización de la Red y con sostenibilidad	no contar con un portafolio de servicios institucional	4	4	4	2	3	4	ALTO	POA 8, 9 y 10	asumir y compartir	implementación de servicios PC2	referente Mercadeo	Porcentaje implementación servicios del PC2	01/01/2021	31/01/2021	Trimestral	cumplimiento del cronograma de actividades	78,79%	De los 98 servicios que se encuentran contenidos en el documento de reorganización de redes de la Gobernación de Cundinamarca para la categoría PC2, la E.S.E HMGY cuenta con 26 servicios implementados y en funcionamiento. Generar puntos de control para seguimiento a contratos con EAPBS, cooperantes, secretarías. Construcción de archivo documental. De los 38 servicios que se encuentran contenidos en el documento de reorganización de redes de la Gobernación de Cundinamarca para la categoría PP2, la E.S.E HMGY cuenta con 29 servicios implementados y en funcionamiento en cada uno de los centros de salud. Generar puntos de control para seguimiento a contratos con EAPBS, cooperantes, secretarías. Construcción de archivo documental.

MAPA DE RIESGOS 2021

N°	PROCESO	IDENTIFICACIÓN			CONSECUENCIAS			ANÁLISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			INDICADOR	PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	PRIMER TRIMESTRE		
		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	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN		PERIODO DE SEGUIMIENTO	% AVANCE	OBSERVACIONES
31	CONTABILIDAD	administrativo	falta de conciliación de los módulos garantizando transparencia financiera	1, fallas en la parametrización 2, Falta de Capacitación	4	4	3	2	2	4	ALTO	reuniones trimestrales para el cierre contable	asumir y transferir	conciliaciones trimestrales con los administradores de los módulos y el contador	N° de reuniones realizadas/N° de reuniones programadas	matriz de verificación de títulos	28/02/2021	31/12/2021	continuo	actas de reunion	30%	SE REALIZO CONCILIACION CON LOS MODULOS DE CARTERA, FACTURACION ALMACEN Y ACTIVOS FIJOS
													asumir y transferir	Ajustes y/o depuración en los módulos para verificación por contabilidad	N° de ajustes realizados /N° de ajustes programados	matriz de verificación de títulos	28/02/2021	31/12/2021	continuo	Notas aplicadas		SE ENCUENTRA EN DESARROLLO EL DOCUMENTO DE LA METODOLOGIA PERO IGUAL PARA REALIZAR LAS CONCILIACIONES DE LOS MODULOS OBEDECERON A UNA REVISION FRENTE A LOS MODULOS.
32	TERCEROS	administrativo	fallas en la oportunidad de entrega resultados de laboratorio	1, desconocimiento del proceso	4	4	5	2	3	5	EXTREMO	Plan de Mejoramiento individual	asumir y transferir	seguimiento semanal de entregas de resultados que visualicen en sistemas de centros y puesto de salud	supervisor de terceros	N° de reportes revisados/ N° de requerimientos enviados por procesos	01/04/2021	31/12/2021	trimestral	matrices de seguimiento	65%	Se cumple con el 64.93% de cumplimiento de los centros y puesto con referencia a los resultados de muestras reportadas como pendientes/ como acción de mejora para garantizar los resultados de los pacientes faltantes se realizan solicitudes de nuevas muestras con plazo de entrega de reporte no superior a 72 horas.
33	RECURSOS FÍSICOS	administrativo	incumplimiento al cronograma de mantenimiento	no ejecución del cronograma de mantenimiento	4	4	5	2	3	5	EXTREMO	plan de mejoramiento individual	asumir y transferir	cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo equipo biomédicos e infraestructura	referente recursos físico	N° de actividades con mto realizadas /N° de actividades programadas	30/04/2021	31/12/2021	trimestral	matrices de seguimiento	100%	se llevo a cabo la construcción del Cronograma de Mantenimiento para los Equipos Biomedicos como para la Infraestructura con programación mensual
34	RECURSOS FÍSICOS	administrativo	Falta de Mantenimiento al Parque Automotor	no ejecución del cronograma de mantenimiento	4	4	5	2	3	5	EXTREMO	generar control	asumir y transferir	cronograma de mantenimiento preventivo	referente recursos físico	N° de Vehículos con mto/N° de vehículos programados	30/04/2021	31/12/2021	trimestral	matrices de seguimiento	100%	se llevo a cabo la construcción del Cronograma de Mantenimiento del parque automotor
35	RECURSOS FÍSICOS	administrativo	falta de control en el consumo del combustible	Desconocer el procedimiento	3	5	3	2	2	3	ALTO	generar control	asumir y transferir	informe del supervisor en el cumplimiento del suministro de combustible	referente recursos físico	Reporte de facturas / reporte de consumo mensual	30/04/2021	31/12/2021	trimestral	matrices de seguimiento	100%	se llevo a cabo la contratación para el suministro de combustible que se utilizara para el parque automotor
36	Rutas de Atención Integral	Asistencial	fallas en la implementación de las actividades en el Plan de acción de promoción y mantenimiento	desconocimiento de la ruta de promoción y mantenimiento	4	4	3	2	2	4	ALTO	Plan de Mejoramiento Individual	asumir y compartir	Implementar el plan de acción ruta de promoción y mantenimiento	Referente ruta de promoción y mantenimiento	Actividades realizadas/ Actividades programadas	01/01/2021	31/01/2021	trimestral	actas y socializaciones del plan de acción de promoción y mantenimiento	30%	se realiza la socialización de las actividades a desarrollar por parte de las referentes de programas de PYD, de igual manera se suscriben planes de mejoramiento individual para seguimiento en el primer semestre.

AVANCE PRIMER TRIMESTRE
87%