

MAPA DE RIESGOS 2017

PROCESO:	Direccionamiento estratégico.																		
OBJETIVO:	Realizar la orientación adecuada de los recursos financieros, humanos y técnicos del Hospital para el logro de los planes, programas y proyectos; a fin de satisfacer las necesidades de nuestros usuarios																		
NOMBRE DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	CAUSA (ORIGEN)	CONSECUENCIA (EFECTOS)	CONTROLES	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	ACCIONES EN ESPECIAL DE TIPO PREVENTIVO	CALIFICACION RIESGO RESIDUAL			NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	RESPONSABLE DE LA ACCION	INDICADOR	PLAZO		REGISTRO - EVIDENCIA
					PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION			PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION					FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	
Desconocimiento del direccionamiento estratégico por parte del personal de la ESE	Estrategico	Incomprensión de la plataforma estratégica institucional	Dificultad para la orientación de los procesos hacia un objetivo común y mejoramiento continuo institucional.	Capacitaciones en Plataforma estratégica en ULG y a través de piezas comunicativas	7	10	7	490	Capacitaciones en la nueva plataforma estratégica por sede y a través de ludicas	4	4	4	64	Asumir	Oficina de Planeacion y Calidad Gerencia Subgerencias	# de sedes que han recibido capacitaciones en plataforma estratégica/ # de sedes institucionales (11 sedes asistenciales + sede archivo)	01/06/2017	30/12/2017	Actas de capacitación. Medios usados para capacitación.
Resistencia al cambio frente al proceso de Gestion Documental	De cumplimiento	Falta de sensibilización de los fucionarios frente a la importancia delproceso de Gestion Documental	Inefectividad en el procesos de Gestion Documental	Revisión de documentos por parte de calidad	7	10	7	490	Capacitaciones en la realización de los diferentes tipos de documentos institucionales y su importancia	4	4	4	64	Asumir	Oficina de Planeacion y Calidad	# de asistencias técnicas realizadas en gestión documental/ # de asistencias técnicas programadas en gestión documental	15/05/2017	15/12/2017	Registros de asistencia técnica
Seguimiento inadecuado a los planes estratégicos y de acción operativos que no permite evaluar el cumplimiento de las políticas corporativas y los objetivos institucionales.	Estrategico	1, Falta de sensibilización pr parte de los encargados de cada seguimiento.	1. No cumplimiento de los planes y programas. 2. No cumplimiento de la vision institucionna	Formulación de planes de acción y estratégicos.	10	10	4	400	1, Socialización y sensibilización de los planes de acción y estratégicos	7	7	4	196	Asumir	Oficina de Planeacion y Calidad	# de planes socializados con los líderes de proceso/ # de planes de acción y estratégicos formulados	01/03/2017	30/03/2017	Socialización de PIN Socialización de PAS por proceso
		2, incomprension del plan operativo.	Dificultad para el proceso de mejoramiento continuo	Seguimiento Trimestral a los Planes Procedimiento de elaboración de POAp	10	10	4	400	2, Seguímentos trimestrales de los planes de acción y estratégicos. estratégico de la institución para evidenciar el cumplimiento de los propósitos institucionales.	7	4	4	112	Asumir	Oficina de Planeacion y Calidad	Seguímento trimestral del PAS y PIN	01/03/2017	31/12/2017	Matriz de seguimiento del PIN y PAS

SEGUIMIENTO 1 Corte 30/abril 2017		SEGUIMIENTO 2	
FECHA		FECHA	
RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS

MAPA DE RIESGOS 2017

PROCESO:	Direccionamiento estratégico.																						
OBJETIVO:	Realizar la orientación adecuada de los recursos financieros, humanos y técnicos del Hospital para el logro de los planes, programas y proyectos; a fin de satisfacer las necesidades de nuestros usuarios																						
NOMBRE DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	CAUSA (ORIGEN)	CONSECUENCIA (EFECTOS)	CONTROLES	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	ACCIONES EN ESPECIAL DE TIPO PREVENTIVO	CALIFICACION RIESGO RESIDUAL			NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	RESPONSABLE DE LA ACCION	INDICADOR	PLAZO		REGISTRO - EVIDENCIA	SEGUIMIENTO 1 Corte 30/abril 2017		SEGUIMIENTO 2	
					PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION			PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION					FECHA INICIO	FECHA TERMINACION		RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
Falta de conocimiento del personal de la institucion frente a la implementación del Sistema Integrado de Gestión	Estrategico	1. Falta de sensibilizacion por parte de los directivos frente al SIG	1. Poco avance insitucional, 2. Incumplimiento de la planecion estrategica	Políticas y actos administración suscritos señalando el compromiso de la alta dirección en la implementación de los sistemas de calidad. Celebración de comites como organos asesores de la dirección. Sensibilización a todo el personal de la ESE frente a la importancia de la implementación del Sistema Integrado de Gestión.	10	10	4	400	1. Continuar con la sensibilización a todo el personal de la ESE frente a la importancia de la implementación del Sistema Integrado de Gestión.	4	4	4	64	Asumir	Oficina de Planeacion y Calidad / Gerencia / Talento humano	INDICE: se realizaron capacitaciones y sensibilizaciones en temas del SIG-HMGY como minimo de forma trimestral. Si o no	01/04/2017	30/12/2017	Actas de capacitación. Medios usados para capacitación.				
Proyecto elaborados que no logran financiación efectiva	Estrategico	1. Presupuestos limitados que no permiten la financiación de los proyectos presentados. 2. Falta de coordinacion entre entes, así como diferencias e intereses políticos.	1. Poco avance insitucional, 2. dificultades en el proceso de mejoramiento continuo	Presentación de proyectos a varios entes que posiblemente permitan la financiación de los mismos	10	10	4	400	Presentación de proyectos con apoyo de la Secretaria Departamental de Salud	4	4	4	64	Asumir	Oficina de Planeacion y Calidad, Gerencia.	Proyectos presentados a la Secretaria Departamental de salkud	01/01/2017	30/12/2017	Proyectos presentados con el proposito de dar solucion una problemática insitucional.				
FIRMA:																							
NOMBRE LIDER DE PROCESO:					Dr. Efrain Fernandez Oalora - Ing. Xiomara Muñoz Barrera																		



MAPA DE RIESGOS 2017

PROCESO:		Gestión de Servicios Ambulatorios																	SEGUIMIENTO 1		SEGUIMIENTO 2		
OBJETIVO:		Mejorar la prestación del servicio de salud orientándola al logro de los objetivos corporativos y disminuyendo los posibles riesgos durante la prestación del mismo.																	FECHA		FECHA		
NOMBRE DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	CAUSA (ORIGEN)	CONSECUENCIA (EFECTOS)	CONTROLES (Lo que hay en el momento, con lo que se cuenta)	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	ACCIONES EN ESPECIAL DE TIPO PREVENTIVO	CALIFICACION RIESGO RESIDUAL			NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	RESPONSABLE DE LA ACCION	INDICADOR	PLAZO		REGISTRO - EVIDENCIA	FECHA		FECHA	
					PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION			PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION					FECHA INICIO	FECHA TERMINACION		RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
Accidentes laborales	Operacional	<ul style="list-style-type: none"> 1. Falta de adherencia a normas de bioseguridad (actos inseguros) 3. Condiciones Inseguras: infraestructura: puesto de trabajo inadecuados, mantenimientos inoportunos 5. Uso inadecuado de calzados. 6. Falta de disponibilidad o inadecuado uso de elementos de protección Individual. 7. Inseguridad del Sector 	<ul style="list-style-type: none"> Ausentismo del personal 1. Lesión incapacitante, enfermedad o muerte de los colaboradores. 2. Pérdida o disminución de la capacidad laboral 4. Intención de usuarios Insuficiencia de recurso humano para suplir la prestación de los servicios 	<ul style="list-style-type: none"> Manual de Bioseguridad Referente de Salud y Seguridad en el Trabajo Elementos institucionales de protección personal 	7	4	7	196	<ul style="list-style-type: none"> 1. Capacitación y sensibilización a los colaboradores en prevención y mitigación de los riesgos 2. Inspecciones de Seguridad y Salud Ocupacional. 3. Seguimiento a la capacitación y entrenamiento en riesgos de accidente laboral en puesto de trabajo con pares de acuerdo al perfil. Trabajo articulado con la ARL 	4	4	4	64	Asumir	Líder de Salud Ocupacional - Coordinadores de Centros y Puestos de Salud	% de accidentes laborales = Numero de funcionarios con accidentes de trabajo / Total de funcionarios de la unidad funcional x 100	Permanente	Diciembre de 2017	<ul style="list-style-type: none"> soporte de acciones y/o plan de trabajo ARL-Hospital con relación a capacitaciones al personal en prevención de accidentes laborales. % de accidentalidad 				
Falla en la prestación de los servicios ambulatorios	Operacional	<ul style="list-style-type: none"> Falla en el proceso de inducción y reinducción del personal Falta de conocimiento de las Guías, protocolos, procedimientos y manuales institucionales Falta de experiencia en el profesional Desactualización de los manuales, guías, procedimientos y protocolos institucionales 	<ul style="list-style-type: none"> Daño en la salud del usuario (parcial o total) en tiempo limitado o permanente Muerte del usuario Insatisfacción del usuario, quejas, reclamaciones, demandas Pérdida de imagen institucional Atenciones inseguras 	<ul style="list-style-type: none"> Socialización de Guías de manejo, protocolos, procedimientos, manuales, políticas, etc. Auditoría a historia clínica, según cronograma PAMEC para los diferentes programas 	10	10	7	700	<ul style="list-style-type: none"> 1. Realizar auditoría a historia clínica, según cronograma PAMEC 2. Evaluación y selección de personal idóneo y con experiencia por parte de talento humano. 3. Acompañamiento técnico por parte de las referentes de cada programa 	7	7	4	196	Asumir	Líder de Programa d Auditoría - Coordinador de Talento Humano Coordinadoras de Centros y Puestos de Salud	# total de funcionarios nuevos que cumplen con el proceso de selección e inducción/# total de funcionarios que ingresan en un periodo # de auditorías realizadas PAMEC / #auditorías programadas PAMEC	Mensual Cuatrimestral PAMEC	Diciembre de 2017	<ul style="list-style-type: none"> Registro de formato de inducción Informe de auditoría según el cronograma PAMEC 				
No Detección oportuna de las usuarias objeto de tamizaje para prevención de cáncer de cuello uterino	Operacional	<ul style="list-style-type: none"> Falta de seguimiento a las pacientes con reporte de citología positiva Falta de oportunidad en el envío de las base de datos de sistemas y/o facturación Información errada o datos imprecisos de ubicación de los pacientes en las historias clínicas No adherencia al programa de detección de cáncer cervicouterino por parte de la usuaria Barreras de acceso: aseguramiento y geográficas Falta de seguimiento a los esquemas de las usuarias 	<ul style="list-style-type: none"> Complicaciones de las usuarias sin seguimiento efectivo. Aumento de morbilidad en mujeres objeto del programa Mortalidad a causa del cancer Afectación emocional y psicosocial del usuario y en su entorno 	<ul style="list-style-type: none"> Bases de datos de pacientes con toma de citología Programa de Detección de cáncer uterino Guía de cáncer cervicouterino Estrategia potenciales de citologías Comunicación con el paciente y entrega de recomendaciones despues de la atención Verificación en HC, seguimiento en caso de inasistencia y reporte a las EPSS y Secretaria de Salud en caso de no lograr ubicar la paciente. Talento Humano para el seguimiento de usuarias 	10	10	7	700	<ul style="list-style-type: none"> Articular la Comunicación entre EPSS y prestador con relación a bases de datos. Fortalecer la comunicación con las usuarias durante la atención y entregar recomendaciones a la salida de la consulta Fortalecer las competencias en los colaboradores en el programa de detección de cáncer de cuello uterino 	4	7	4	112	Asumir	Líder de Programa, Enfermeras y Coordinadoras de Centros y Puestos de Salud.	% de Seguimiento efectivo a usuarias con reporte de citología positiva = Número de pacientes con citología positiva sin seguimiento/Total de pacientes con citología positiva x 100	mensual	Diciembre de 2017	<ul style="list-style-type: none"> Reporte del indicador propuesto 				
Ingreso inoportuno de gestantes al programa de control prenatal	Operacional	<ul style="list-style-type: none"> Falta de oportunidad en el envío de las base de datos de sistemas y/o facturación Captación tardía de las Gestantes. Embarazo en adolescentes Barreras socioculturales que no permiten que los profesionales desarrollen sus intervenciones. Información errada o datos imprecisos de ubicación de los pacientes población flotante en el Municipio Barreras administrativas y/o geográficas 	<ul style="list-style-type: none"> Complicaciones de las maternas de alto riesgo Morbimortalidad materna y perinatal Baja cobertura de gestantes a nivel Municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> Indicador de captación temprana antes de la semana 12 Verificación en HC, seguimiento en caso de inasistencia y reporte a las EPSS y Secretaria de Salud en caso de no lograr ubicar la paciente. Referente de Gestantes Seguimiento telefónico a gestantes de alto riesgo Ruta de atención a las gestantes seguimiento a Gravidéz Positivo 	10	10	4	400	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer el seguimiento a las maternas de alto riesgo Fortalecer la captación temprana antes de la semana 12 búsqueda en campo de usuarias a través del convenio de cuadrantes saludables mientras este en ejecución Fortalecer la comunicación y auxiliares de enfermería en cada centro Fortalecer durante la post consulta la entregar recomendaciones a las gestantes 	7	7	4	196	Asumir	Coordinación de Pipa - Referente del Programa- Coordinadoras de Centros y Puesto de Salud- Jefes y auxiliares de enfermería en cada centro	% de Seguimiento efectivo a maternas de alto riesgo = Número de maternas de alto riesgo sin seguimiento/Total de maternas de alto riesgo x 100 Indicador de captación temprana antes de la semana 12	mensual	Diciembre de 2017	<ul style="list-style-type: none"> Reporte de seguimiento a gestantes de alto riesgo Resultado del indicador captación temprana 				



MAPA DE RIESGOS 2017

PROCESO:		Gestión de Servicios Ambulatorios																SEGUIMIENTO 1		SEGUIMIENTO 2			
OBJETIVO:		Mejorar la prestación del servicio de salud orientándola al logro de los objetivos corporativos y disminuyendo los posibles riesgos durante la prestación del mismo.																FECHA		FECHA			
NOMBRE DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	CAUSA (ORIGEN)	CONSECUENCIA (EFECTOS)	CONTROLES (Lo que hay en el momento, con lo que se cuenta)	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	ACCIONES EN ESPECIAL DE TIPO PREVENTIVO	CALIFICACION RIESGO RESIDUAL			NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	RESPONSABLE DE LA ACCION	INDICADOR	PLAZO		REGISTRO - EVIDENCIA	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
					PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION			PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION					FECHA INICIO	FECHA TERMINACION					
complicaciones a Pacientes con condiciones crónicas por no detección temprana - tratamiento oportuno y/o seguimiento,	Operacional	Falta de adherencia al tratamiento médico Falta de captación oportuna al programa de crónicos Barreras geográficas Barreras administrativas Información errada o datos imprecisos de ubicación de los pacientes población flotante en el Municipio adultos en abandono y sin núcleo familiar de apoyo Manejo clínico inadecuado	Aumento de la Morbimortalidad del adulto mayor Secuelas para el usuario Afectación del entorno familiar y psicosocial	Implementación de la matriz de seguimientos a los pacientes con patologías crónicas no transmisibles Implementación de la lista de chequeo de manejo de pacientes con patología crónica no transmisible Verificación en HC, seguimiento en caso de inasistencia y reporte a las EPSS y Secretaría de Salud en caso de no lograr ubicar la paciente Referente de crónicos	10	10	7	700	Fortalecimiento de talleres de pacientes crónicos Capacitación y acompañamiento continuo a profesionales y técnico. Evaluación de la adherencia a las Guías de Manejo Clínico seguimiento al programa de crónicos, con prioridad a resultados críticos seguimiento a inasistentes al programa	7	7	4	196	Asumir	Líder de Programa Coordinadoras de Centros y Puestos de Salud Referente de Programa de Crónicos, Médicos y personal de apoyo	% de pacientes no adheridos al programa de crónicos = Número de pacientes no adheridos/Total de pacientes crónicos atendidos x 100	mensual	Diciembre de 2017	Resultado del indicador propuesto Listados de capacitaciones y socializaciones Listas de chequeo para evaluación de la adherencia Bases de seguimiento				
Perdida de dinero por falta de procedimiento de entrega, recibo y custodia de dinero recaudado por venta de servicios	Financieros	Falta de cajas de seguridad en el área de facturación de los Centros y Puestos de Salud Falta de procedimiento de entrega, recibo y custodia de valores por la venta de servicios prestados (recaudo)	Robo de dinero y Atracos a los facturadores Daño de la integridad física Stress, inconformidad y desmotivación de los facturadores al tener que asumir las pérdidas	No se cuenta con ningún control	10	10	10	1000	Solicitar la realización el procedimiento de entrega, recibo y custodia de valores captados por la venta de servicios en los Centros y Puestos de Salud (recaudo) Ubicación de sistema de seguridad (cajas o cajillas de seguridad) empotradas a la pared para custodia de valores captados por la atención en Centros y Puestos de Salud	4	4	4	64	Compartir	Subgerencia administrativa	Procedimiento documentado socializado e implementado de entrega, recibo y custodia de dinero recaudado por venta de servicios	inmediato	Diciembre de 2017	Documento del procedimiento de entrega, recibo y custodia de valores Acta de socialización del procedimiento Cajas empotradas a la pared en servicio de facturación de Centros y Puestos de Salud				
Fallas en el proceso de facturación en la prestación de servicios en las sedes asistenciales	Financieros	Falta de control en el proceso de facturación Falta de conocimiento por parte de los facturadores de los planes de beneficios y de los contratos vigentes Debilidad en el procedimiento inducción al puesto de trabajo Perfiles contratados que no cumplen con las competencias para el proceso de facturación Actividades mal soportadas Actividades mal facturadas - cargadas a convenios que no son de Piga Falta de calidad en el soporte clínico Falta de pertinencia médica	Incumplimiento de metas Deficiente recaudo Deterioro patrimonial Glosas No pago de actividades realizadas Manejo Inadecuado de recursos públicos	Coordinadores asignados desde facturación para seguimiento al proceso en cada sede asistencial Verificación en las bases de datos suministradas por las EPSS en el momento de la atención Revisor de cuentas medicas	10	10	7	700	Fortalecimiento del proceso de facturación Contratación de personal de acuerdo con los perfiles requeridos Fortalecer el proceso de supervisión y acompañamiento a los centros de salud Socialización permanente de lineamientos de la contratación y Matriz de contratos con EPSS Procedimiento Auditoria concurrente y preauditoria de cuentas medicas.	4	4	4	64	Asumir	Auditor concurrente Subgerente Administrativo, Coordinador del Proceso de Facturación, Facturadores, Coordinadoras de Centros y Puestos de Salud	% Reporte de Glosas del área comunitaria	según cronograma de auditorias de la coordinación médica	Diciembre de 2017	Informe de Glosas del área de auditoria medica según las conciliaciones realizadas				
Inasistencia de usuarios a la consulta programada	Operacional	Fallas en la información a los usuarios durante el proceso de asignación de citas Usuarios que en el momento de facturar no se encuentran activos en la base de datos Falta de Call center cancelación de citas o línea institucional para tal fin Falta de cultura de cancelación de citas con anterioridad y de buen uso de los servicios de salud	1. Complicación en la salud del usuario 2. Incumplimiento de metas de la población objeto 3. bajas coberturas en PYP 4. Disminución de ingresos a la institución 5. Aumento de la morbi-mortalidad	Información y comunicación a los usuarios en el proceso de asignación de cita	10	7	7	490	Contar con Call center para agendación y cancelación de citas Implementar la estrategia de confirmación y entendimiento de las asignación de la cita al usuario (comunicación redundante)	7	4	4	112	Asumir	Coordinador de Facturación, Facturadores, Líder de Proceso, Coordinadoras de Centros y Puestos de Salud, personal auxiliar de enfermería	% de pacientes inasistentes a las citas programadas = Pacientes inasistentes/Total de Pacientes con agendación de cita x 100	Mensualmente	Diciembre de 2017	Reporte de Inasistencia				
Fallas en el funcionamiento de los equipos biomédicos	Tecnológico	Falta de mantenimiento preventivo e inoportunidad en el mantenimiento correctivo de los equipos biomédicos Falta supervisión y control del cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo. Falta de capacitación sobre uso de equipos biomédicos para el uso adecuado por parte de los funcionarios	Daño de equipos Complicaciones y Eventos Adversos	Plan de mantenimiento preventivo y correctivo Cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo Reporte de fallas de equipos biomédicos	7	7	7	343	Seguimiento al cumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo y/o correctivo Generar alertas en las repetición de fallas constantes de los equipos biomédicos	4	4	4	64	Asumir	Ingeniera Biomédica Coordinadoras de Centros y Puestos de Salud	Cumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo	Permanente	Diciembre de 2017	Cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo Informe de novedad de las Coordinadoras				



MAPA DE RIESGOS 2017

Gestión de Servicios Ambulatorios																							
Mejorar la prestación del servicio de salud orientándola al logro de los objetivos corporativos y disminuyendo los posibles riesgos durante la prestación del mismo.																		SEGUIMIENTO 1		SEGUIMIENTO 2			
NOMBRE DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	CAUSA (ORIGEN)	CONSECUENCIA (EFECTOS)	CONTROLES (Lo que hay en el momento, con lo que se cuenta)	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	ACCIONES EN ESPECIAL DE TIPO PREVENTIVO	CALIFICACION RIESGO RESIDUAL			NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	RESPONSABLE DE LA ACCION	INDICADOR	PLAZO		REGISTRO - EVIDENCIA	FECHA		FECHA	
					PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION			PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION					FECHA INICIO	FECHA TERMINACION		RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
Eventos adversos relacionados con la administración de inmunobiológicos debido a alteraciones físico - químicas por fallas en el manejo de la cadena de frío de los mismos a nivel intra y extramural.	Operacional	Falta de planta eléctrica en Centros y Puestos de Salud que supla la falta de fluido eléctrico Manipulación imprudente del personal de aseo durante las actividades de limpieza general No realización de mantenimiento preventivo de las neveras de vacunación Desconocimiento del manejo de la cadena de frío, Fallas en la capacitación relacionado a con el manejo de la cadena de frío intra y extramural Fallas en la supervisión No registro oportuno de la temperatura de las neveras de vacunación.	Daño de inmunobiológicos por falla en la cadena de frío y costos para la institución No cumplimiento en el esquema de vacunación Demandas, quejas y reclamaciones no atención del usuario	1. Control diario de la temperatura de los inmunobiológicos. 2. Cronograma y mantenimiento preventivo de las neveras de vacunación 3. Capacitación y entrenamiento en el manejo de biológicos que incluye conservación de la temperatura. 4. Acompañamientos por parte de la coordinación PAI en el intramural para manejo de inmunobiológicos Referente PAI Institucional	7	7	7	343	Adquirir las plantas eléctricas Mantener el acompañamiento y la supervisión de la coordinación PAI frente al manejo de inmunobiológicos. Mantenimiento de los controles desde talento humano frente al requisito de certificación de competencias en vacunación para el personal que realiza esta actividad. Realización e implementación anual del cronograma de mantenimiento preventivo. Verificación de las condiciones óptimas en cadena de frío al inicio y terminación de la jornada	4	4	4	64	Asumir	Coordinadoras de Centros y Puestos de Salud, Líder PAI, Auxiliares PAI; Vigilantes	Porcentaje de eventos Adversos relacionados con las alteraciones físico químicas de los inmunobiológicos	mensual	Diciembre de 2017	Reporte de eventos adverso según el indicador propuesto. Reporte de novedades según se presente caso				
eventos adversos relacionados con la administración de inmunobiológicos durante los procedimientos intra y extramurales por no adherencia en los correctos de vacunación.	Operacional	Desconocimientos de los correctos de vacunación. Falta de competencias del colaborador frente al proceso de vacunación. Debilidad en el entrenamiento a los colaboradores del proceso de vacunación. Desconocimiento en la implementación de las normas de bioseguridad. Falta de acompañamiento y supervisión del proceso de vacunación.	Perdida de imagen institucional Demandas a la institución y/o profesional de la salud. Lesiones temporales al usuario	Correctos de vacunación. Supervisión por parte del Referente de PAI Supervisión y acompañamiento al personal de vacunación evaluación técnica al personal	7	7	7	343	Garantizar que el total de colaboradores que vacunan, cuenten con la competencia técnica para realizar el procedimiento. Capacitación y entrenamiento en el procedimiento de vacunación. Resocialización de los correctos de vacunación.	4	4	4	64	Asumir	Referente PAI Coordinadores de centros y puestos de salud	eventos adversos relacionados con la aplicación de inmunobiológicos.	mensual	Diciembre de 2017	Reporte de eventos adverso según el indicador propuesto				
Incumplimiento de los estándares de habilitación	De cumplimiento	Infraestructura antigua de los Centros y Puestos Edificaciones adaptadas para prestar servicios de salud Falta de recursos para implementación de las mejoras e incumplimiento a los planes de mejoramiento	Incumplimiento de los estándares de habilitación Cierre de servicios y Sanciones del Ente de Control	Autoevaluación y Seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento a los estándares de habilitación Referente de Habilitación Acompañamiento y seguimiento a los planes de mejora por el área de Calidad Visitas de Verificación al cumplimiento	7	4	7	196	Socialización de la norma y autoevaluaciones de estándares de habilitación con los líderes de los Centros y Puestos Elaboración de cronogramas concertados para entrega de actividades de mejoramiento y acompañamiento permanente de Planeación y Calidad	4	4	4	64	Asumir	Subgerencia Comunitaria Coordinador Pipa Planeación y Calidad Líder de Programa Coordinadoras de Centros y Puestos de Salud	Informe de autoevaluación Informe de seguimiento a planes de mejoramiento	Según cronograma del área de calidad	Diciembre de 2017	Informe de autoevaluación Planes de mejoramiento cronogramas de visitas de verificación de SU				
Atención inoportuna en Medicina general, Pediatría, Ginecología y Cirugía General	De cumplimiento	Aumento en la demanda de pacientes	Inoportunidad	Medición diaria de la oportunidad en Medicina general, Pediatría, Ginecología y Cirugía General	7	4	4	112	Revisión de las agendas diariamente con la persona encargada	4	4	4	64	Asumir	Coordinadora Consulta Externa	Sumatoria de días desde que se solicita la cita hasta cuando es asignada la cita/sumatoria de pacientes atendidos en el periodo	01-ene	31-dic	Cuadro Oportunidad de consulta externa				
Inadecuado registro en el diligenciamiento en la Historia Clínica	De cumplimiento	Inadecuado registro en el diligenciamiento de la Historia Clínica	Illegibilidad en la Historia Clínica	Socialización resolución 1995 de 1999	7	7	4	196	Solicitar Auditoria de las Historias Clínicas y retroalimentación de los hallazgos.	7	7	4	196	Asumir	Auditoria y Coordinadora Consulta Externa	N. Auditorias realizadas/N. Total de auditorias programadas	01-abr	31-dic	Informes de Auditoria				
Falta de experticia en la Clocación inadecuada de sonda vesical	Operacional	Falla en la tecnica de cateterismo vesical	Lesiones, no funcionalidad	Socialización del protocolo	7	7	4	196	Aplicación de listas de chequeo cateterismo vesical	4	4	4	64	Asumir	Auditoria y Coordinadora Consulta Externa	Porcentaje de adherencia al protocolo	01-abr	31-dic	Listas de chequeo				



MAPA DE RIESGOS 2017

PROCESO:		Gestión de Servicios Ambulatorios																	SEGUIMIENTO 1		SEGUIMIENTO 2		
OBJETIVO:		Mejorar la prestación del servicio de salud orientándola al logro de los objetivos corporativos y disminuyendo los posibles riesgos durante la prestación del mismo.																	FECHA		FECHA		
NOMBRE DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	CAUSA (ORIGEN)	CONSECUENCIA (EFECTOS)	CONTROLES (Lo que hay en el momento, con lo que se cuenta)	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	ACCIONES EN ESPECIAL DE TIPO PREVENTIVO	CALIFICACION RIESGO RESIDUAL			NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	RESPONSABLE DE LA ACCION	INDICADOR	PLAZO		REGISTRO - EVIDENCIA	FECHA		FECHA	
					PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION			PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION					FECHA INICIO	FECHA TERMINACION		RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
Atencion inoportuna frente a los estándares establecidos para el servicio de odontología.	De cumplimiento	Inasistencia de los profesionales de la salud Falta de profesionales de Odontología Falta de disponibilidad de la capacidad instalada	Incumplimiento de los estándares de Calidad. Deterioro en la calidad de vida de los pacientes por tratamiento inoportuno	Medición de inasistencia y la producción de los profesionales para sobreasignar Verificación de disponibilidad de capacidad instalada. Realizar seguimiento diario a las asignación de citas.	7	4	7	196	Realizar la medición de la oportunidad de manera mensual	4	4	4	64	Asumir	Subgerencia Comunitaria(Centros y Puestos salud) - Coordinación Odontología	Sumatoria de días desde que se solicita la cita hasta cuando es asignada la cita / sumatoria de pacientes atendidos en el periodo	01-ene	31-dic	Cuadro Oportunidad de Odontología				
Presentación de eventos adversos en consultorios de odontología general o especializada	Operacional	Falta de inducción en el puesto de trabajo. Falta de adherencia a las Guías Clínicas de odontología.	Afecciones a la salud dental de los pacientes (Desde dolencias hasta pérdida parcial o total). Posibles demandas ante entes de control	Guías Clínicas debidamente legalizadas por la Oficina de Planeación y Calidad	7	4	7	196	Realizar la socialización periódica de guías definidas para los procesos a los profesionales nuevos y antiguos de la institución	4	4	4	64	Asumir	Subgerencia Comunitaria(Centros y Puestos salud) - Coordinación Odontología	N° de guías socializadas / N° total de guías a socializar	01-ene	31-dic	Actas de Socialización				
		No continuidad en los procesos odontológicos		Programa de Auditorías					Realizar auditorías internas y evaluación de guías de práctica clínica.							N° de auditorías realizadas / N° total de auditorías programadas			01-ene	31-dic	Diagnostico Preliminar e Informes de Auditoría una vez terminado el diagnostico		
Tráfico de influencias	De corrupción	El Egoísmo, en la superposición del bien individual sobre el bien común. El Poder, tanto en el rol de quien ordena como de quien puede ejecutar las acciones	Deterioro de la imagen institucional. Superposición de necesidades influyentes sobre las urgentes	Código de ética. Buzones de quejas y reclamos.	7	7	7	343	Socializar el código de ética Institucional	4	7	4	112	Asumir	Subgerencia Comunitaria(Centros y Puestos salud) - Coordinación Odontología y Consulta Externa-SIAU	(Socialización del código de ética en odontología / Personal de odontología) *100%	01-ene	30-jun	Acta de Socialización del código de ética				
				Constata socialización de los derechos y deberes de los usuarios					Realizar seguimiento a las quejas y reclamos en SIAU, Facturación, consulta externa, odontología y en los centros y puestos de salud asociadas a tráfico de influencias.							(Numero de quejas y reclamos asociados a tráfico de influencias/ Numero de quejas y reclamos en el periodo)*100%			01-ene	31-dic	Relacion de quejas con motivos de las mismas		

MAPA DE RIESGOS 2017

PROCESO:		Gestión de servicios de salud en urgencias																						
OBJETIVO:		ESTABLECER EL MAPA DE RIESGO DEL PROCESO DE URGENCIAS DE LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITNA YANGUAS																						
NOMBRE DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	CAUSA (ORIGEN)	CONSECUENCIA (EFECTOS)	CONTROLES	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	ACCIONES EN ESPECIAL DE TIPO PREVENTIVO	CALIFICACION RIESGO RESIDUAL			NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	RESPONSABLE DE LA ACCION	INDICADOR	PLAZO		REGISTRO - EVIDENCIA	SEGUIMIENTO 1		SEGUIMIENTO 2		
					PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION			PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION					FECHA INICIO	FECHA TERMINACION		RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS	
																								FECHA
INCUMPLIMIENTO DE TIEMPO DE ATENCION DE URGENCIAS TRIAGE II	De cumplimiento	FALTA DE ADHERENCIA A LA NORMATIVIDAD VIGENTE	INOPORTUNIDAD EN LA ATENCION	EVALUACION DE CUMPLIMIENTO DE TIEMPOS DE ATENCION TRIAGE II	10	10	10	1.000	CONTROLAR EL TIEMPO DE APERTURA DE HISTORIA CLINICA EN EL AREA DE FACTURACION	10	7	7	490	Transferir	COORDINACION DE FACTURACION	PACIENTES CLASIFICADOS EN TRIAGE II CON INGRESO MENOR A 10 MINUTOS POR PARTE DE FACTURACION /TOTAL DE PACIENTE CLASIFICADOS EN TRIAGE II	5/02/22017	05/12/2017	MINERIA	MENSUAL 5 DIA DE CADA MES				
NO REGISTRO DE REPORTES EN LA HISTORIA CLINICA	Operacional	ENTREGA INOPORTUNA DE RESULTADOS DE APOYO DIAGNOSTICO	GLOSA DE CUENTAS	APERTUA DE NOTAS ACLARATORIAS EN DONDE SE REPORTAN RESULTADO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	10	7	4	280	Cumplir con procedimientos establecidos, guías, protocolos INSTITUCIONALES Y NACIONALES	7	7	4	196	Asumir	COORDINACION DE URGENCIAS	NUMERO DE HISTORIAS CLINICAS CON REPORTES PENDIENTES/ NUMERO TOTAL DE HISTORIAS CLINICAS	01/02/2017	01/12/2017	FORMATO REGISTROS	TRIMESTRAL				
INOPORTUNIDAD EN LA RADICACION DE REMISIONES	Operacional	FALTA DE ADHERENCIA AL PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA	DEMORA EN EL TRAMITE DE REMISION	EVALUACION DE TIEMPO DE GENERACION DE REMISION Y RADICACION DE LA MISMA	7	10	4	280	REGISTRO DE REMISIONES	4	4	4	64	Asumir	COORDINACION DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA	NUMERO DE REMSIONES RADICADAS > A 1 HORA / TOTAL DE REMISIONES RADICADAS	01/03/2017	25/12/2017	REGISTRO DE REMISIONES	TRIMESTRAL				
FIRMA:					EDWARD MAURICIO ABRIL																			
NOMBRE LIDER DE PROCESO:																								

GESTIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS																			
Prestar servicios de atención en salud a los pacientes que ingresan al Servicio de Hospitalización, por medio de una atención humanizada, confidencial, integral, oportuna y pertinente, garantizando la calidad del servicio y la seguridad del paciente de acuerdo a nuestro nivel de complejidad.																			
NOMBRE DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	CAUSA (ORIGEN)	CONSECUENCIA (EFECTOS)	CONTROLES	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	ACCIONES EN ESPECIAL DE TIPO PREVENTIVO	CALIFICACIÓN RIESGO RESIDUAL				OPCIONES MANEJO	RESPONSABLE DE LA ACCION	INDICADOR	PLAZO		REGISTRO - EVIDENCIA
					PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION			PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION	NEVA EVALUACION				FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	
Seguridad: ocurrencia de eventos adversos (ulceras por presion)	Operacional	No cumplir con los movimientos establecidos por el reloj de UPP.	Lesiones en tejidos epidérmicos .	Protocolo de prevencion de ulceras por presion..	7	7	7	343	Capacitaciones al personal de salud del Evaluar al personal la adherencia de la guia de prevencion de ulceras por presion al personal asistencial	4	7	7	196	Asumir	LIDER DE ENFERMERIA	No. De personal capacitado del area de hospitalizacion / No. Total De personal a capacitar en hospitalizacion	may-17	dic-17	Actas de socialización y evaluaciones de adherencia
		Falta de adherencia a la Guia clinica de manejo UPP. Descontinuidad en el manejo de pacientes o falta de entrega de pacientes en cambios de turno	Infecciones epidérmicas. Deterioro de la calidad de vida.	Identificacion y diligenciamiento de formatos de cuidados y estado de la piel al ingreso del paciente.. Entrega de turnos por jornada.												Personal de enfermeria con evaluacion de adherencia en el area de Hospitalización / Personal de enfermeria en el area de Hospitalización	may-17	dic-17	
Seguridad: ocurrencia de eventos adversos (caidas de pacientes)	Operacional	Pisos resbalosos.. Barandas en mal estado.. Ausencia de acompañante.	Fracturas. Heridas.. Posibles demandas.. Esguinces	Guia de prevencion del riesgo de caidas. Formato de evaluacion del riesgo de caidas. Gestiones para contar con mobiliario adecuado para evitar caidas.	7	7	4	196	Evaluar la adherencia de la Guia de prevencion del riesgo de caidas. Incluir en el plan de Maneternimiento Hospitalario las adecuaciones necesarias prevencion de caida de pacientes.	1	7	4	28	Asumir	LIDER DE ENFERMERIA	Personal de enfermeria con evaluacion de adherencia en el area de Hospitalización/Personal de enfermeria en el area de Hospitalización	may-17	dic-17	Evaluaciones de adherencia
		LIDER DE MANTENIMIENTO	Adecuaciones Hospitalarias de prevencion de caida de pacientes / Adecuaciones Hospitalarias de prevencion de caida de pacientes en el plan de mantenimiento hospitalario	may-17											dic-17	Registro fotografico de adecuaciones , ingreso de material inmobiliario utilizado, soportes de contratos de bienes a terceros para la ejecucion de adecuaciones, informes de adecuacion etc.			
Diligenciamiento errado de la Historia clinica	Operacional	Congestion de pacientes. Ausencia de capacitacion al personal de facturación. Falta de detalle en el diagnostico	Inconvenientes en el momento de la salida. Glosas administrativas y asistenciales. Devolucion de facturas	Revision de Historias Clinicas	7	10	7	490	Auditoria de Historias clinicas . Comites de historias Clinicas	4	7	4	112	Asumir	Comité de Historias Clinicas	actas de comité de historias clinicas / reuniones programadas para el comité de historias Clinicas	may-17	dic-17	Actas del comité de Historias clinicas

FIRMA:

NOMBRE LIDER DE PROCESO:



MAPA DE RIESGOS 2017

Gestión de servicios quirúrgicos																	SEGUIMIENTO 1		SEGUIMIENTO 2				
NOMBRE DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	CAUSA (ORIGEN)	CONSECUENCIA (EFECTOS)	CONTROLES	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	ACCIONES EN ESPECIAL DE TIPO PREVENTIVO	CALIFICACION RIESGO RESIDUAL			NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	RESPONSABLE DE LA ACCION	INDICADOR	PLAZO		REGISTRO - EVIDENCIA	FECHA		FECHA	
					PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION			PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION					FECHA INICIO	FECHA TERMINACION		RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
SEGURIDAD: No identificación de pacientes	Operacional	Falta de adherencia al protocolo de identificación de pacientes	Confusión de pacientes y/o realización de procedimientos quirúrgicos paciente equivocados.	Protocolo de identificación de pacientes.	7	4	7	196	Socialización continua del Protocolo de identificación de pacientes al personal asistencial	4	4	4	64	Evitar	Lider de seguridad del paciente	No. De personal capacitado del area de cirugía / No. Total De personal a capacitar en cirugía	01/02/2017	31/12/2017	Acta de socialización				
	Operacional			Verificación de colocación de la manilla de Identificación al ingreso del paciente. Lista de chequeo de ronda diaria de seguridad del paciente. Identificación de pacientes y recién nacidos con las manillas por colores estandarizadas en el protocolo de la Institución.	7	4	7	196	Verificación de cumplimiento mediante la aplicación de lista de chequeo durante las rondas de seguridad del paciente	4	4	4	64	Evitar	Coordinación de Salas de cirugía) Lider Seguridad del paciente	Aplicación del Instrumento de verificación para el personal asistencial mediante la ronda de seguridad del paciente.	01/02/2017	31/12/2017	Copia de documento diligenciado				
	Operacional			Reporte de indicadores de seguimiento a riesgo en el cumplimiento de la identificación de pacientes del servicio de salas de cirugía.	7	4	7	196	Reporte de indicadores de seguimiento a riesgo en el cumplimiento de la identificación de pacientes del servicio de salas de cirugía.	4	4	4	64	Evitar	Coordinación de Salas de cirugía) Lider Seguridad del paciente	N° de pacientes con manilla de identificación / Total de pacientes egresados del servicio de salas de cirugía	01/02/2017	31/12/2017	Copia de ficha del indicador de riesgo				
	Operacional			análisis y evaluación de eventos adversos (No identificación de pacientes)	7	4	7	196	análisis y evaluación de eventos adversos (No identificación de pacientes)	4	4	4	64	Evitar	Coordinación de Salas de cirugía) Lider Seguridad del paciente	N° de pacientes que presentaron evento adverso / Total de pacientes egresados del servicio de salas de cirugía	01/02/2017	31/12/2017	Copia del formato de evento adverso				
Seguridad: Ocurrencia de eventos adversos (caídas de pacientes)		1, Deficiencias en la identificación del riesgo de caídas en cada uno de los pacientes. 2, No utilización de barreras de seguridad.	1, Falta de credibilidad institucional 2, Posibles daños o lesiones 3, Prolongación de estancias hospitalarias 4, Incremento de gastos hospitalario	Guía de prevención del riesgo de caídas.	7	4	7	196	Socialización continua en el diligenciamiento correcto de la guía de prevención de riesgo de caídas de pacientes al personal asistencial	4	4	4	64	Evitar	Lider de seguridad del paciente	No. De personal capacitado del area de cirugía / No. Total De personal a capacitar en cirugía	01/02/2017	31/12/2017	Acta de socialización				
	Operacional			Formato de evaluación del riesgo de caídas.	7	4	7	196	Verificación de cumplimiento mediante la aplicación de lista de chequeo durante las rondas de seguridad del paciente	4	4	4	64	Evitar	Coordinación de Salas de cirugía) Lider Seguridad del paciente	Aplicación del Instrumento de verificación para el personal asistencial mediante la ronda de seguridad del paciente.	01/02/2017	31/12/2017	Copia de documento diligenciado				
	Operacional			Lista de chequeo de ronda diaria de seguridad del paciente	7	4	7	196	Reporte de indicadores de seguimiento a riesgo en el cumplimiento de la identificación de pacientes del servicio de salas de cirugía.	4	4	4	64	Evitar	Coordinación de Salas de cirugía) Lider Seguridad del paciente	N° de pacientes que presentan caídas / Total de pacientes egresados del servicio de salas de cirugía	01/02/2017	31/12/2017	Copia del formato de evento adverso				
	Operacional			Gestiones para contar con mobiliario adecuado para evitar caídas.	7	4	7	196	Análisis y evaluación de eventos adversos (caídas de paciente)	4	4	4	64	Evitar	Lider Seguridad del paciente. Coordinación de salas de cirugía	No. De pacientes con aplicación del formato de evaluación del riesgo de caídas / Total de pacientes que requieran la aplicación del formato.	01/02/2017	31/12/2017	Copia del formato de evento adverso				
SEGURIDAD: Equivocaciones de pacientes o de sitio quirúrgico (demarcación de sitio quirúrgico)	Operacional	Realización de procedimientos quirúrgicos en sitio equivocado	1, Procesos legales (demandas) 2, Falta de credibilidad institucional 3, Disminución de la demanda de usuarios. 4, Complicaciones posquirúrgicas.		1	4	7	28	Aplicación de la lista de chequeo de de seguridad quirúrgica del paciente en los tres momentos del procedimiento quirúrgico	1	4	4	16	Evitar	Personal de Enfermería, Especialistas, Instrumentadoras Coordinadora de Salas de Cirugía.	Total de listas de chequeo aplicadas / Total de pacientes que egresan del servicio quirúrgico *100	01/02/2017	31/12/2017	Copias de listas de chequeo diligenciadas				



MAPA DE RIESGOS 2017

PROCESO:	Gestión de servicios quirúrgicos																	SEGUIMIENTO 1		SEGUIMIENTO 2			
OBJETIVO:																		FECHA		FECHA			
NOMBRE DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	CAUSA (ORIGEN)	CONSECUENCIA (EFECTOS)	CONTROLES	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	ACCIONES EN ESPECIAL DE TIPO PREVENTIVO	CALIFICACIÓN RIESGO RESIDUAL			NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	RESPONSABLE DE LA ACCION	INDICADOR	PLAZO		REGISTRO - EVIDENCIA	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
					PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION			PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION					FECHA INICIO	FECHA TERMINACION					
SEGURIDAD: No disponibilidad de equipos o materiales necesario para los procedimientos	Operacional	Desaprovechamiento de la capacidad instalada de salas de cirugía	1. Pago de horas a especialistas no productivos. 2. Prolongación de estancias hospitalarias. 3. Quejas de usuarios.	Lista de chequeo para seguridad quirúrgica del paciente que contempla tres momentos:	10	4	7	280	Reporte de indicadores de seguimiento a riesgo en el cumplimiento en la disponibilidad de equipos o materiales necesario para los procedimientos del servicio de salas de cirugía.	7	4	4	112	Evitar	Coordinación salas de cirugía	Nº de procedimientos cancelados por falta de insumos / Total de procedimientos realizados	01/02/2017	31/12/2017	reporte de indicar en físico				
SEGURIDAD: Posibles quemaduras de pacientes con el electrobisturí	Operacional	1. Deficiencias en el mantenimiento de los equipos biomédicos. 2. Falta de conocimiento del personal e salas de cirugía en el manejo de los equipos	1. Posibles daños o lesiones. 2. Prolongación de estancias hospitalarias. 3. Incremento de gastos hospitalarios. 4. Procesos legales (demandas)	1. Antes de la inducción de la anestesia. 2. Antes de la incisión cutánea (pausa quirúrgica). 3. Antes de la salida del quirófano.	1	4	7	28	Reporte de indicadores de seguimiento a riesgo de quemaduras con el electrobisturí del servicio de salas de cirugía.	1	4	4	16	Evitar	Coordinación salas de cirugía	Nº de pacientes con quemaduras/ Total de pacientes intervenidos quirúrgicamente.	01/02/2017	31/12/2017	Copia de ficha de indicador de seguimiento a riesgo				
SEGURIDAD: Posibles riesgos en el traslado intrahospitalario a salas de cirugía	Operacional	Fallas en la aplicación de la lista de chequeo de traslado de pacientes a salas de cirugía	1. Historia clínica incompleta. 2. Deficiencias en la preparación quirúrgica del paciente. 3. Equivocación de pacientes o de sitio operatorio. 4. Demoras en la atención o de la realización de la intervención quirúrgica.		10	4	7	280	Auditoria de historia clínica	7	4	4	112	Evitar	Enfermera Auditoria concurrente	Numero de historias clínicas auditadas/ Total de pacientes que son trasladados a salas de cirugía	01/02/2017	31/12/2017	Informe de auditoria				
SEGURIDAD: Posibles Fallas en el diligenciamiento del consentimiento informado	Operacional	Falta de adherencia al procedimiento de consentimiento informado por parte del personal asistencial	1. Procesos legales (demandas). 2. Desinformación del paciente y sus familiares	Lista de chequeo para seguridad quirúrgica del paciente que contempla tres momentos:	7	4	7	196	Auditoria de historia clínica	4	4	4	64	Evitar	Enfermera Auditoria concurrente	Numero de historias clínicas auditadas/ Total de pacientes atendidos en salas de cirugía	01/02/2017	31/12/2017	Informe de auditoria				

FIRMA:	
NOMBRE LIDER DE PROCESO:	Bertha Milena Cantor Conde



MAPA DE RIESGOS 2017

Gestión de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.																			
PROCESO:																			
OBJETIVO:																			
NOMBRE DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	CAUSA (ORIGEN)	CONSECUENCIA (EFECTOS)	CONTROLES	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	ACCIONES EN ESPECIAL DE TIPO PREVENTIVO	CALIFICACIÓN RIESGO RESIDUAL			NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN	INDICADOR	PLAZO		REGISTRO - EVIDENCIA
					PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION			PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION					FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	
					RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS	RESULTADO DEL INDICADOR			ANALISIS									
FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DDE RESULTADOS	De cumplimiento	Falta de insumos, falta de recurso Humano, fallas en equipos	Diagnostico no oportuno y fallas en el inicio de tratamiento	Kardex de insumos, Supervision de personal, cronograma de mantenimiento	10	10	1	100	Verificacion de kardex semanal, supervision de contratos, recurso humano, y cronograma de mantenimiento preventivo	7	7	1	49	Asumir	Coordinador Apoyo diagnostico, personal del área	Numero total de resultados entregados inoportunamnete x 100/Numero total de resultados	Enero de 2017	Diciembre de 2017	Diario, semanal y mensual
EXPOSICION O SOBRE EXPOSICION A RADIACION INNECESARIA O INEVITAVBLE	Operacional	No aplicación de normatividad vigente	Alteracion en la salud de funcioanrios y usuarios	Dosimetria , y adherencia a los procesosos	4	4	1	16	Contratacion de empresa para lectura de dosimetria, y control en la oportunidad de la entrega del resultado.	1	1	1	1	Asumir	Coordinador Apoyo diagnostico, personal del área	Numero total de sobreexposiciones detectadas	Enero de 2017	Diciembre de 2017	Diario, semanal y mensual
COMPLICACIONES EN EL PROCEDIMIENTO DE LA TOMA DE MUESTRAS Y PROCEDIMIENTOS.	Operacional	Falta de adaherecnia a la normatividad vigente, y falta de experiencia	Alteracion en la salud de los usuarios	Control a la adhetencia de normatividad vigente en el hospital	4	4	4	64	Capitaciones, y evaluacion de la adherencia a los procesos y procedimientos.	4	4	1	16	Asumir	Coordinador Apoyo diagnostico, personal del área	Numero total decomplicaciones x 100/Numero total de usuarios	Enero de 2017	Diciembre de 2017	Diario, semanal y mensual
INOPORTUNIDAD EN LA ATENCION DE LOS USUARIOS	De cumplimiento	Falta de insumos, falta de recurso Humano, fallas en equipos	Diagnostico no oportuno y fallas en el inicio de tratamiento	Control de insumos, Supervision de personal, cronograma de mantenimiento	4	4	1	16	Verificacion de kardex semanal, supervision de contratos, recurso humano, y cronograma de mantenimiento preventivo	4	4	1	16	Asumir	Coordinador Apoyo diagnostico, personal del área	Numero total de pacientes atendidos inoportunamente x 100/Numero total de pacientes	Enero de 2017	Diciembre de 2017	Diario, semanal y mensual
PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EQUIVOCADAS OCASIONADAS POR FALLAS EN LA IDENTIFICACION.	Operacional	Falta de adherencia los protocolos y fallas en la concentracion y atencios de quienes realizan la identificacion	Diagnosticos equivocados	Seguimiento a la adfherecnia de los procesos y procedimientos y eliminar distractores del área	7	4	1	28	Capitaciones, y evaluacion de la adherencia a los procesos y procedimientos.	4	4	1	16	Asumir	Coordinador Apoyo diagnostico, personal del área	Numero total de muestras de pacientes procesadas equivocadamente x 100/ numero total de usuarios	Enero de 2017	Diciembre de 2017	Diario, semanal y mensual

FIRMA:	
NOMBRE LIDER DE PROCESO:	

MAPA DE RIESGOS 2017

PROCESO:		Enlace con el Usuario, Familia y comunidad.																					
OBJETIVO:		Velar por la no vulneración de los derechos de los usuarios, brindar orientación e información oportuna y eficaz y propender por el mejoramiento continuo de los todos los servicios misionales, así como mantener informada a la alta dirección sobre la satisfacción de los usuarios, familia y de la comunidad.																	SEGUIMIENTO 1		SEGUIMIENTO 2		
NOMBRE DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	CAUSA (ORIGEN)	CONSECUENCIA (EFECTOS)	CONTROLES	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	ACCIONES EN ESPECIAL DE TIPO PREVENTIVO	CALIFICACION RIESGO RESIDUAL			NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	RESPONSABLE DE LA ACCION	INDICADOR	PLAZO		REGISTRO - EVIDENCIA	FECHA		FECHA	
					PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION			PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION					FECHA INICIO	FECHA TERMINACION		RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
FACTURACION No cancelación de los copagos y cuotas moderadoras	Operacional	La Cultura del no pago: Una práctica social injustificada que abusa de los derechos propios y no respeta los derechos ajenos,	Pérdida de recursos financieros	*Información al usuario y su familia al final de la atención. *Durante la internación de los pacientes se solucionan los tramites de inconsistencia administrativa.	7	10	7	490	*Concientizar al usuario y familia sobre el deber de realizar copagos de acuerdo a la atención recibida. *Realizar campañas de divulgación de los deberes y derechos de los usuarios. *Realizar seguimiento y auditoría a los estudios socio-económicos. *Información al usuario y su familia en forma diaria del estado de cuenta generada por los servicios prestados, por parte del área de facturación.				Evitar										
Conflictos y agresiones por parte de los usuarios al personal institucional por fallas en los procesos de facturación.	Operacional	*Identificación tardía de pacientes con problemas administrativos. *Inconsistencias en la afiliación. *Gestios tardía de los usuarios frente a los problemas administrativos.	*Agresiones físicas y verbales a los funcionarios. * No cancelación de los servicios prestados por la institución.	*Identificación de líneas del pagador desde el área de admisiones de forma oportuna. *En revista administrativa realizada por trabajo social - facturación definir oportunamente las líneas de pago.	7	10	7	490	Realiza revista entre trabajo social y facturación de forma diaria para identificar de manera preventiva posibles conflictos o fallas en la prestación de los servicios.* Comunicación asertiva entre trabajo social y facturación.	4	4	7	112	Asumir	Área de Facturación. Área de Trabajo Social	1) NO total de revistas administrativas realizadas en facturación y T. Social/ NO total de revistas programadas en un periodo * 100	feb-17	nov-17	CENSOS DE RONDA ADMINISTRATIVA Y BITACORAS DE GESTION DE REVISTA ADMINISTRATIVA				
Información incompleta y desactualizada en la admisión del usuario a los servicios.	Operacional	*No registro ni actualización de datos básicos del paciente que demanda servicios en la institución. *Datos falsos suministrados por los usuarios.	* Falta de oportunidad en la ubicación de familiares de pacientes cuando se requieran. *Conflicto con familiares de pacientes. * Conflictos entre el equipo multidisciplinario. * Inoportunidad en la realización de tramites administrativos para el usuario.	* Historia clínica sistematizada. * Personal entrenado y capacitado en el área de facturación. * Se cuenta con Software para actualización de la información.	7	10	7	490	*Actualización permanente por parte de Facturación en el registro básico de los pacientes en la apertura de la historia clínica. *Solicitar auditoría en la verificación y actualización de los registros básicos del usuario al ingreso a la institución.	4	4	7	112	Asumir	Área de Facturación. Área de Trabajo Social,	1) NO total de auditorías realizadas en facturación al diligenciamiento de los datos generales de la historia clínica / NO total de auditorías solicitadas a facturación en un periodo	feb-17	nov-17	INFORME DE AUDITORIA, SOLICITUD DE CRONOGRAMA DE AUDITORIAS.				



MAPA DE RIESGOS 2017

PROCESO:	Enlace con el Usuario, Familia y comunidad.																		
OBJETIVO:	Velar por la no vulneración de los derechos de los usuarios, brindar orientación e información oportuna y eficaz y propender por el mejoramiento continuo de los todos los servicios misionales, así como mantener informada a la alta dirección sobre la satisfacción de los usuarios, familia y de la comunidad.																		
NOMBRE DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	CAUSA (ORIGEN)	CONSECUENCIA (EFECTOS)	CONTROLES	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	ACCIONES EN ESPECIAL DE TIPO PREVENTIVO	CALIFICACIÓN RIESGO RESIDUAL			NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	RESPONSABLE DE LA ACCION	INDICADOR	PLAZO		REGISTRO - EVIDENCIA
					PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION			PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION					FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	
Incumplimiento en los tiempos de entrega de las respuestas a los requerimientos enviados desde la Gerencia, Subgerencias y SIAU.	De cumplimiento	*Demora de la entrega de respuestas en las diferentes areas en los tiempos establecidos.	*Sanciones Disciplinarias para la entidad. *Perdida de credibilidad institucional.	*Ajustes al procedimiento definiendo tiempos para la entrega de las respuestas. *Monitoreo a los tiempos de respuesta.	7	10	7	490	*Semaforización de los tiempos de entrega de las respuestas de acuerdo a procedimiento establecido. *Apoyo de Control interno en el cumplimiento de los tiempos de respuesta. * Capacitación a los líderes de proceso en el procedimiento de	4	7	7	196	Asumir	Area Control Interno Coordinación Siau - Trabajo social	1) NO total de quejas contestadas antes de 15 días / n0 total de quejas registradas en el mes * 100 2) No total de quejas contestadas despues de 15 días/ No total de quejas registradas en el mes * 100	feb-17	nov-17	INFORME MENSUL DE TIEMPOS DE PQR.
								0					0						

SEGUIMIENTO 1		SEGUIMIENTO 2	
FECHA		FECHA	
RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS

FIRMA: NOHEMY ORJUELA ROZO

NOMBRE LIDER DE PROCESO: TRABAJO SOCIAL - SIAU



MAPA DE RIESGOS 2017

PROCESO:	Gestión de los recursos financieros															SEGUIMIENTO 1		SEGUIMIENTO 2					
OBJETIVO:																FECHA		FECHA					
NOMBRE DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	CAUSA (ORIGEN)	CONSECUENCIA (EFECTOS)	CONTROLES	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	ACCIONES EN ESPECIAL DE TIPO PREVENTIVO	CALIFICACIÓN RIESGO RESIDUAL			NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	RESPONSABLE DE LA ACCION	INDICADOR	PLAZO		REGISTRO - EVIDENCIA	RESULTADO DEL INDICADOR		ANALISIS	
					PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION			PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION					FECHA INICIO	FECHA TERMINACION		RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
INCUMPLIMIENTO EN REPORTE A LOS ENTES DE CONTROL	Legal	INOPORTUNIDAD DE LA INFORMACION SUMINISTRADA POR LAS DIFERENTES AREAS AL AREA CONTABLE	SANCIONES LEGALES- NO RAZONABILIDAD DE LA INFORMACION FINANCIERA	1. ESTABLECER FECHAS DE ENVIO AL AREA CONTABLE DE LA INFORMACION REQUERIDA. 2. MONITOREAR OPORTUNIDAD DE LA ENTREGA	4	7	1	28	1. REALIZAR AUDITORIA DE LA INFORMACION ENVIADA. 2. REALIZAR LOS AJUSTES QUE DERIVEN DE DICHA REVISION. 3. ESTIMULAR COMO FECHA MAXIMA DE ENTREGA DE INFORMACION POR PARTE DE LAS AREAS AL AREA CONTABLE A MAS TARDAR EL DIA 5 HABIL DE CADA MES, EXCEPTUANDO FACTURACION QUE SE ESTABLECE PARA EL DIA 10 CALENDARIO	1	7	1	7	Asumir	COORDINADORES DEL AREA FINANCIERA (CARTERA, PERSONAL, TESORERIA, FACTURACION, ALMACEN, ACTIVOS FIJOS, AUDITORIA MEDICA, AREA JURIDICA)	(INFORMES PRESENTADOS OPORTUNAMENTE/ TOTAL INFORMES A PRESENTAR) *100	31/03/2017	31/03/2018	1. PANTALLAZO ENVIO DE INFORMES A LOS ENTES DE CONTROL. 2. SOPORTES DE ENTREGA DE INFORMES AL AREA CONTABLE. 3. SOPORTES DE CORREOS ENVIADOS POR REQUERIMIENTO DE INFORMACION				
INCUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE IMPUESTOS, CONTRIBUCIONES	Legal	NO EFECTUAR EL GIRO DE ACUERDO A LAS FECHAS ESTABLECIDAS POR LOS DIFERENTES ENTES (DIAN, SUPERSALUD, CONTRALORIA)	SANCIONES	1. EL AREA CONTABLE REALIZARA MONITOREO A TESORERIA CON EL FIN DE VERIFICAR EL PAGO OPORTUNO DEL MISMO	4	7	1	28	PAGO INMEDIATO POR PARTE DE TESORERIA UNA VEZ SEAN RADICADOS A DICHA AREA	1	7	1	7	Asumir	TESORERO	(TOTAL IMPUESTOS CANCELADOS OPORTUNAMENTE/ TOTAL IMPUESTOS A CANCELAR) *100	01/01/2017	31/01/2018	SOPORTES DE PAGO DE IMPUESTOS				
SALDOS EN CAJA PENDIENTES DE CONSIGNACION	Financieros	NO ENTREGA OPORTUNA DEL RECAUDO POR PARTE DE LOS FACTURADORES DE CAJA	FALTANTES	1. SEGUIMIENTO DIARIO POR PARTE DE TESORERIA PREVIA CONFIRMACION EN EL SISTEMA	7	4	1	28	1. SOCIALIZACION AL COORDINADOR DE FACTURACION SOBRE LOS FALTANTES EXISTENTES. 2. REVISION POR PARTE DEL AREA CONTABLE	4	1	1	4	Asumir	TESORERO	TOTAL RECAUDADO EN EL MES SEGÚN FECHAS DE RECOLECCION CARRO DE VALORES/ TOTAL CONSIGNADO EN EL MES SEGÚN FECHAS DE RECOLECCION CARRO DE VALORES	01/04/2017	31/12/2017	LIBRO AUXILIAR CONTABLE DE CAJA				
INOPORTUNIDAD EN LA RADICACION DE SERVICIOS	Financieros	DEMORA EN LA RADICACION POR PARTE DE LA EMPRESA CONTRATADA POR SERVICIOS PRESTADOS A EPS FUERA DE BOGOTA	EL NO PAGO OPORTUNO POR PARTE DE LAS EAPBS	1. SEGUIMIENTO A LAS GUIAS EN LA PAGINA WEB DE LA EMPRESA	10	7	1	70	1. REQUERIMIENTO DE INFORMACION AL PROVEEDOR DEL SERVICIO. 2 REALIZAR EL CONTROL PREVIO DEL TIEMPO DE ENTREGA SEGÚN LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO DE FORMA SEMANAL SOCIALIZANDO EL INCUMPLIMIENTO DE LOS RADICADOS QUE DERIVEN DE DICHO	7	7	1	49	Asumir	COORDINADOR DE FACTURACION- SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	TOTAL GUIAS RADICADAS OPORTUNAMENTE DE FACTURACION/ TOTAL GUIAS A SUMINISTRADAS A FACTURACION	01/05/2017	31/12/2017	SOPORTES DE GUIAS RADICADAS- SEGUIMIENTO Y REQUERIMIENTOS AL PROVEEDOR				

FIRMA:

NOMBRE LIDER DE PROCESO:



MAPA DE RIESGOS 2017

PROCESO:	Gestión Jurídica																SEGUIMIENTO 1		SEGUIMIENTO 2				
OBJETIVO:																	FECHA		FECHA				
NOMBRE DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	CAUSA (ORIGEN)	CONSECUENCIA (EFECTOS)	CONTROLES	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	ACCIONES EN ESPECIAL DE TIPO PREVENTIVO	CALIFICACION RIESGO RESIDUAL			NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	RESPONSABLE DE LA ACCION	INDICADOR	PLAZO		REGISTRO - EVIDENCIA	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
					PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION			PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION					FECHA INICIO	FECHA TERMINACION					
Incumplimiento normatividad vigente frente a la oportunidad en la respuesta a peticiones	De cumplimiento	1. Error en el traslado de la petición, remitiéndola al no competente 2. No sistematización de las peticiones en esquema de semaforización que alerte oportunidad respuesta	1. Interposición de tutelas contra el Hospital por violación al derecho fundamental 2. Multas y/o sanciones, 3. Inicio de procesos disciplinarios para los funcionarios que no generan respuesta oportuna	Matriz de Peticiones recibidas en el área Jurídica Notificación oportuna mediante correo electrónico a la persona competente. Revisión previa de las respuestas para la posterior firma de gerencia.	4	4	4	64	Verificación semanal de la matriz de peticiones y los términos de respuesta	1	4	1	4	Asumir	Asesora Jurídica - Técnico jurídica	No. Derechos de petición con respuesta oportuna/No. Derechos de petición radicados en el área	01/03/2017	31/12/2017	Matriz seguimiento				
Interposición demandas y/o procesos administrativos sancionatorios	De cumplimiento	1. Falta de previsión de riesgos asociados a la prestación de servicios de salud. 2. Falta de seguimiento a la ejecución contractual por parte de los supervisores designados	1. Condena, sanción y/o multa, entre otros perjuicios que se deriven para el Hospital, por hechos que afecten la prestación del servicio y/o que se deriven de la ejecución del proceso contractual 2. Afectación en la prestación del servicio que se haya al momento de la ejecución oportuna de solicitudes realizadas al Hospital por parte de otras entidades, entes de control y personas naturales y/o jurídicas. Tener seguimiento constante sobre los procesos y/o investigaciones de tipo administrativo que cursen contra el	Capacitación periódica a los colaboradores de la entidad. Seguimiento a las demandas y/o procesos sancionatorios contra o iniciados por la entidad. Atender diligentemente cualquier solicitud que se haya al momento de la ejecución oportuna de solicitudes realizadas al Hospital por parte de otras entidades, entes de control y personas naturales y/o jurídicas. Tener seguimiento constante sobre los procesos y/o investigaciones de tipo administrativo que cursen contra el	10	7	7	490	1. Capacitación constante al personal asistencial del Hospital con el fin de generar conciencia de la prestación del servicio. 2. Seguimiento por parte de la oficina jurídica a la entrega mensual por parte de los supervisores de informe de ejecución contractual	7	7	4	196	Asumir	Asesora Jurídica- Abogado Externo- Sugerencia Científica	1. No. De funcionarios y colaboradores capacitados/ No. Total de funcionarios y colaboradores de la ESE 2. No. De contratos suscritos/No. Informes entregados por supervisores	01/04/2017	31/12/2017	1. Actas capacitación 2. Informes supervisión				
Fallas en la defensa institucional	De cumplimiento	Falencias en la Defensa Institucional y Vencimiento de Términos.	1. Incumplimiento de normas. 2. Condenas, multas, sanciones administrativas, disciplinarias y/o penales, que pueden conllevar a un detrimento patrimonial.	Atención oportuna de solicitudes realizadas al Hospital por parte de otras entidades, entes de control y personas naturales y/o jurídicas. Tener seguimiento constante sobre los procesos y/o investigaciones de tipo administrativo que cursen contra el	7	10	4	280	1. Verificación semanal de la matriz de peticiones y los términos de respuesta. 2. Seguimiento oportuno a los procesos judiciales	4	10	1	40	Asumir	Asesora Jurídica - Técnico jurídica Abogado Externo	No. Derechos de petición con respuesta oportuna/No. Derechos de petición radicados en el área. 2. No de procesos judiciales con seguimiento/ No. Total de procesos judiciales	01/03/2017	31/12/2017	1. Matriz seguimiento 2. Informes seguimiento procesos judiciales				
Beneficios para contratista y/o proveedor que no cumpla obligaciones contractuales	Corrupción	Falta de seguimiento a la ejecución contractual	Incumplimiento obligaciones y exigencias señaladas en la Ley	Entrega mensual informes ejecución contractual, verificación áreas que intervienen transversalmente en el proceso de pago a proveedores y contratistas	4	7	4	112	1. Capacitación a los supervisores de contratos en temas afines al riesgo	4	7	4	112	Asumir	Asesora Jurídica- Equipo oficina jurídica	No. Supervisores capacitados/ No. Total supervisores contratos	01/05/2017	31/12/2017	Actas capacitación				
Incumplimiento modalidades de contratación señaladas en manual de contratación de la ESE	Corrupción	Indebida planeación necesidades, no contar con el soporte presupuestal correspondiente para la contratación	Apertura investigaciones disciplinarias, fiscales y administrativas	Planear necesidades al finalizar cada vigencia, contar con el soporte presupuestal previo a iniciar cada proceso de contratación	4	10	4	160	1. Contar con plan de adquisiciones al finalizar cada vigencia 2. Realizar seguimiento al cumplimiento del plan de adquisiciones de la entidad 3. Contar con disponibilidad presupuestal para iniciar procesos de contratación	1	10	1	10	Asumir	Gerencia- Subgerencias- Oficina Jurídica - Referentes de Servicios	No. Procesos de contratación adelantados en el mes/No. Total de procesos contratación proyectados en el plan de adquisiciones	01/03/2017	31/12/2017	Matriz seguimiento plan contratación				
FIRMA:																							
NOMBRE LIDER DE PROCESO:																							

MAPA DE RIESGOS 2017

PROCESO:		Gestión de TIC's																	SEGUIMIENTO 1		SEGUIMIENTO 2				
OBJETIVO:		Garantizar el buen uso de la red y los recursos tecnologicos de la institucion enfocado a brindar confidencialidad, integridad y disponibilidad de los activos de informacion con base a los procesos definidos por la institucion que permita la gestion de riesgos.																	FECHA: 30.04.2017		FECHA				
NOMBRE DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	CAUSA (ORIGEN)	CONSECUENCIA (EFECTOS)	CONTROLES	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	ACCIONES EN ESPECIAL DE TIPO PREVENTIVO	CALIFICACIÓN RIESGO RESIDUAL			NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	RESPONSABLE DE LA ACCION	INDICADOR	PLAZO		REGISTRO - EVIDENCIA	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS		
					PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION			PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION					FECHA INICIO	FECHA TERMINACION							
Perdida de informacion Institucional en el sistema de informacion DGH.NET	Operacional	Virus informaticos, Hackers, inadecuado uso de los equipos de computo.	Reportes de informacion no acordes a la realidad. Reportes extemporaneos a entes de control.	Procedimiento de copias de seguridad.	1	10	4	40	Revisar y actualizar el procedimientos de BackUp, incluyendo los tiempos en que se deben realizar. Socializar el procedimiento a todo el personal del Hospital. Implementar el procedimiento actualizado y realizar el respectivo seguimiento a la ejecución de los BackUp, de acuerdo a la periodicidad definida.	1	10	4	40	Asumir	Coordinacion de Sistemas	Copias de seguridad realizadas / Copia de seguridad programadas	01/01/2017	31/12/2017	Cuadro de control de copias de seguridad en PC. Informe de copias de seguridad realizadas en SQL						
Inoportunidad y/o inexactitud en el reporte de información a entes de control.	Operacional	Desconocimiento de las fechas de reporte. Cambios en la normatividad. Dificultades en la consolidacion de la informacion.	Sanciones.	Procedimiento de reporte de informacion a entes de control. Cronograma de reporte a entes de control.	4	10	4	160	Revisar y actualizar el procedimientos de Reporte a Entes de Control, incluyendo los cronogramas de reporte. Socializar el procedimiento al personal encargado de reportar informacion. Implementar el procedimiento actualizado y realizar el respectivo seguimiento al reporte de informacion a Entes de Control, de acuerdo al cronograma establecido.	1	10	4	40	Asumir	Coordinacion de Sistemas	Reporte a entes de control realizados / Total de reportes según cronograma	01/01/2017	31/12/2017	Cuadro de control de reporte de informacion a Entes de Control						
Caida del sistema y conectividad	Operacional	Filas de energia en las sedes	Mala imagen institucional. Bajos niveles de satisfaccion del cliente interno y externo.	Cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo. Plan de contingencia institucional.	10	7	7	490	Revisar y actualizar el Plan de Contingencia Institucional. Ejecutar el Cronograma de Mantenimiento Preventivo y Correctivo.	10	7	7	490	Asumir	Coordinacion de Sistemas	Porcentaje de ejecucion del cronograma de mantenimiento. - Porcentaje de activacion del plan de contingencia.	01/01/2017	31/12/2017	Cronograma de mantenimiento.						
FIRMA:																									
NOMBRE LIDER DE PROCESO:																						FERNANDO RODRIGUEZ			



MAPA DE RIESGOS 2017

PROCESO:	Gestión del Talento Humano															SEGUIMIENTO 1		SEGUIMIENTO 2					
OBJETIVO:	Proporcionar oportunamente los requerimientos para satisfacer las necesidades de los trabajadores vinculados a la E.S.E. Hospital Mario Gaitán Yanguas de Soacha y así lograr un ambiente de trabajo adecuado dentro de la institución de tal manera que se garantice el oportuno cumplimiento de los planes y programas de área de Talento Humano y en general de la institución, brindando una óptima y eficiente atención y solución de inconvenientes presentados al personal interno y externo de la institución.															FECHA		FECHA					
NOMBRE DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	CAUSA (ORIGEN)	CONSECUENCIA (EFECTOS)	CONTROLES	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	ACCIONES EN ESPECIAL DE TIPO PREVENTIVO	CALIFICACIÓN RIESGO RESIDUAL			NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	RESPONSABLE DE LA ACCION	INDICADOR	PLAZO		REGISTRO - EVIDENCIA	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
					PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION			PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION					FECHA INICIO	FECHA TERMINACION					
Entrega de Soportes de la Hoja de vida del personal adulteradas o falsas	Reputacional	Se recibe soporte de validación posterior al ingreso del personal.	Operacionales	Solicitud de soportes de Hoja de vida de acuerdo a formato de solicitud de documentos.	10	7	7	490	1. Realizar soportes adjuntos a Hoja de vida de acuerdo a lista de chequeo. 2. Solicitar validación de títulos ante las instituciones educativas. 3. Verificar antecedentes ante las CIAS. 4. Confirmar recomendaciones laborales y personales, que estén adjuntas a la Hoja de vida.	10	7	4	280	Asumir	Talento Humano	N°personal verificado / N° personal que ingresa	01/01/2017	31/12/2017	LISTADO DE PERSONAL VERIFICADO/LISTADO DE PERSONAL QUE INGRESA				
Ocurrencia de accidentes laborales	Legal	Propios del oficio. Uso de Elementos de Protección Personal. Falta de concentración en tarea asignada.	Financieras	Programa de Seguridad y Salud en el trabajo - Programa de bienestar.	10	4	7	280	1. Diseñar estrategias dentro del procedimiento de reporte de accidentes laborales y seguridad y salud en el trabajo que permitan minimizar el riesgo de accidentabilidad. 2. Aplicar programa para reporte de incidentes y accidentes de trabajo.	7	4	1	28	Asumir	Talento Humano y Seguridad y salud en el trabajo	N° accidentes investigados/ N° accidentes reportados	01/01/2017	31/12/2017	REPORTE ACCIDENTES DE TRABAJO/INFORME AT-POLITICA SST-PROGRAMA DE INCIDENTES Y ACCIDENTES				
Incumplimiento de las fechas establecidas para evaluar el desempeño laboral.	De cumplimiento	Evaluadores no realizan a tiempo evaluación de desempeño laboral	Sanción disciplinaria	Seguimiento al procedimiento de evaluación del desempeño laboral.	7	1	7	49	1. Brindar capacitaciones dirigidas a los responsables de evaluar a los funcionarios. 2. Alertar tanto a evaluadores como a aquellos objeto de evaluación sobre la fecha límite de realización y entrega de las evaluaciones con la anticipación necesaria para cumplir las fechas	4	1	4	16	Asumir	Talento Humano y Coordinador o líder de área	Trabajadores evaluados / Trabajadores que requieren de evaluación	01/01/2017	31/12/2017	EVALUACIONES DE DESEMPEÑO CAPACITACIONES A RESPONSABLES DE EVALUACIÓN				
Incumplimiento a la elaboración y ejecución del sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo	Legal	Cambio de Normatividad constante	Sanción económica	Cumplimiento a estándares mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo de acuerdo al Decreto 1111 del 27 de marzo de 2017.	7	7	4	196	1. Realizar diagnóstico frente a los requerimientos de la norma. 2. Realizar seguimiento a cumplimiento de lista de chequeo. 3. Documentar sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo. 4. Implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el	4	4	1	16	Asumir	Talento Humano, COPASST y Seguridad y salud en trabajo.	No. actividades y talleres ejecutados/No. de actividades y talleres programados	01/01/2017	31/12/2017	DE SISTEMA DE GESTION SST- ACTAS DE SOCIALIZACION- ACTAS DE COPASST- CRONOGRAMA DE				
FIRMA:																							
NOMBRE LIDER DE PROCESO:																							



MAPA DE RIESGOS 2017

PROCESO:		Vigilancia epidemiológica																					
OBJETIVO:		Analizar el comportamiento de los eventos de interés en salud pública, a fin de identificar acciones de mejoramiento continuo y dar cumplimiento a la normatividad vigente; así como la implementación de las estrategias necesarias frente a la prevalencia de dichos eventos																SEGUIMIENTO 1		SEGUIMIENTO 2			
NOMBRE DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	CAUSA (ORIGEN)	CONSECUENCIA (EFECTOS)	CONTROLES	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	ACCIONES EN ESPECIAL DE TIPO PREVENTIVO	CALIFICACION RIESGO RESIDUAL			NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	RESPONSABLE DE LA ACCION	INDICADOR	PLAZO		REGISTRO - EVIDENCIA	FECHA		FECHA	
					PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION			PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION					FECHA INICIO	FECHA TERMINACION		RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
Registros clínicos inadecuados del proceso de identificación y manejo de los eventos de interés en salud pública de acuerdo a los protocolos vigentes.	Operacional	Falta de adherencia a protocolos vigentes	Interrupcion del proceso de identificación y manejo inadecuado de los eventos de interés en salud pública.	1)Fichas de notificación. 2) Registro de historia clínica. 3) Búsqueda Activa Institucional.	10	7	4	280	Actualización de protocolos Y Fichas de notificación de acuerdo a la normatividad vigente.	7	4	4	112	Asumir	Diva Guaqueta Alaguna Diana Escorcía Sánchez	Número de computadores actualizados/Número de médicos capacitados X 100	15/03/2017 22/08/2017	21/04/2017 26/09/2017	Acta de actualización y capacitación	30/04/2017		03/10/2017	
No identificación oportuna de pacientes con eventos de interés en salud pública.	Operacional	Falta de adherencia a protocolos vigentes	Demora en la ejecución de las acciones derivadas de cada evento de interés en salud pública. Alteración en los indicadores institucionales, municipales y departamentales derivados de cada evento de interés en salud pública. Sanciones por los entes de control ante el incumplimiento de la	1)Fichas de notificación. 2) Registro de historia clínica. 3) Búsqueda Activa Institucional.	10	7	4	280	Actualización de fichas de notificación vigentes de acuerdo a la normatividad	7	4	4	112	Asumir	Diva Guaqueta Alaguna Diana Escorcía Sánchez	NO total de fichas de notificación sin diligenciar/ NO total de eventos notificados X 100	15/03/2017 22/08/2017	21/04/2017 26/09/2017	FORMATO DE EVENTOS CAPTADOS SIN NOTIFICAR.	30/04/2017		03/10/2017	
Talento Humano insuficiente para la ejecución de las acciones de vigilancia en salud pública .	Operacional	El talento humano con el que cuenta el proceso de vigilancia epidemiológica para el desarrollo de las acciones derivadas de los eventos de interés en salud pública y el cumplimiento de los requerimientos por parte de los entes de control, no son suficientes dado el incremento en las responsabilidades definidas por el Instituto Nacional de Salud y las diferentes entidades territoriales (Secretaría de Salud Municipal y Departamental); así como las necesidades propias de la institución.	Demoras en la ejecución de las acciones derivadas de cada evento de interés en salud pública. Alteración en los indicadores institucionales, municipales y departamentales derivados de cada evento de interés en salud pública. Sanciones por los entes de control ante el incumplimiento de la normatividad vigente en salud pública.	Envío de los requerimientos realizados de acuerdo a la normatividad vigente	7	7	10	490	Solicitar 1 auxiliar de enfermería con experiencia en el manejo de los eventos de interés en salud pública y capacitado en aplicativo SIVIGILA	10	7	10	700	Transferir	Recursos Humanos	Contratación 1 auxiliar de enfermería con experiencia en el manejo de los eventos de interés en salud pública y capacitado en aplicativo SIVIGILA	01/02/2017	28/02/2017	Comunicación interna dirigida a Recursos Humanos solicitando el personal carente	28/02/2017			
								0					0										31/03/2017

FIRMA:

NOMBRE LIDER DE PROCESO: DIANA ESCORCIA SÁNCHEZ



MAPA DE RIESGOS 2017

PROCESO:		Gestión del ambiente físico institucional																	SEGUIMIENTO 1		SEGUIMIENTO 2		
OBJETIVO:		Realizar la orientación adecuada de los recursos financieros, humanos y técnicos del Hospital para el logro de los planes, programas y proyectos; a fin de satisfacer las necesidades de nuestros usuarios																	FECHA		FECHA		
NOMBRE DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	CAUSA (ORIGEN)	CONSECUENCIA (EFECTOS)	CONTROLES	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	ACCIONES EN ESPECIAL DE TIPO PREVENTIVO	CALIFICACION RIESGO RESIDUAL			NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	RESPONSABLE DE LA ACCION	INDICADOR	PLAZO		REGISTRO - EVIDENCIA	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
					PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION			PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION					FECHA INICIO	FECHA TERMINACION					
A M B I E N T A L	Contaminación al ambiente (recurso Agua, Aire y Suelo) por falta de control en los procesos de disposición final de residuos hospitalarios.	Ambiental	Mala gestión integral de los residuos hospitalarios y similares generados en la institución.	Alteraciones al medio ambiente.	Implementación del plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares.	7	7	4	196	Aplicación de las listas de chequeo del proceso de disposición de residuos hospitalarios. Caracterización mensual de residuos generados mediante el formato RHI. Verificación de las actas de tratamiento y disposición final de residuos hospitalarios y similares peligrosos.	4	7	4	112	Asumir	Subgerencia Administrativa - Ingeniería ambiental	(# de Visitas con listas de chequeo ejecutadas/ # de Visitas con listas de chequeo planeadas)x100% (# de formatos RHI diligenciados al mes / total de sedes de la institución)x100% (# de actas del gestor externo al mes / Total de sedes de la institución)x100%	15/01/2017	31/12/2017				
	Contaminación al recurso Agua por disposición inadecuada de vertimientos con altas cantidades de residuos líquidos químicos.	Ambiental	Uso incorrecto de las sustancias químicas en los diferentes procedimientos y procesos que se desarrollan en la institución.	Contaminación del recurso hídrico e incumplimiento de la resolución 0631 del 2015.	Caracterización por un tercero de los vertimientos generados en la institución.	7	7	7	343	Caracterización de vertimientos de acuerdo a lo exigido en la resolución 0631 del 2015.	4	7	4	112	Asumir	Subgerencia Administrativa - Ingeniería ambiental	(# de cajas de inspección caracterizadas / total de cajas de inspección)x100 Informe de caracterización de vertimientos.	15/05/2017	31/08/2017				
	Sanciones de los entes de control por falta de los reportes de generación de residuos hospitalarios y similares.	Legal	No tener calidad en las fechas límites y plazos para presentar los informes.	Sanciones y/o multas por parte de los entes de control.	Reportar ante los entes de control la generación de los RHYS en las fechas y plazos estipulados.	10	7	4	280	Realizar reporte anual ante la CAR. Realizar reporte semestral ante la secretaria de salud departamental.	4	7	1	28	Asumir	Subgerencia Administrativa - Ingeniería ambiental	(# de reportes realizados / total de reportes exigidos por la CAR)x100 (# de reportes realizados / total de reportes exigidos por la secretaria departamental)x100	01/01/2017	31/07/2017				
B I O M E D I C A	Eventos adversos asociados al uso de la tecnología biomédica y dispositivos biomédicos	Tecnológico	falta de mantenimiento tanto preventivo como correctivo en los equipos biomédicos.	Alteraciones en la salud de los pacientes y los operadores de los equipos medicos.	cronograma de actividades preventivas periódicas que se realizan en los equipos, como los son reemplazo de insumos, verificación y comparación de parámetros.	7	7	4	196	realizar la verificación diaria de los equipos de uso vital y la revisión periódica de los equipos de menor complejidad.	4	7	1	28	Asumir	Subgerencia Administrativa - Ingeniería Biomédica	(# total de equipos con mantenimiento ejecutado/ # numero total de equipos programados mes) x 100	01/01/2017	31/12/2017				

FIRMA:	
NOMBRE LIDER DE PROCESO:	



MAPA DE RIESGOS 2017

PROCESO:		Gestión del mejoramiento continuo																					
OBJETIVO:		Determinar el avance del Sistema Único de Acreditación																SEGUIMIENTO 1		SEGUIMIENTO 2			
NOMBRE DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	CAUSA (ORIGEN)	CONSECUENCIA (EFECTOS)	CONTROLES	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	ACCIONES EN ESPECIAL DE TIPO PREVENTIVO	CALIFICACION RIESGO RESIDUAL			NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	RESPONSABLE DE LA ACCION	INDICADOR	PLAZO		REGISTRO - EVIDENCIA	FECHA		FECHA	
					PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION			PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION					FECHA INICIO	FECHA TERMINACION		RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
Falta de implementación de las acciones propuestas en los planes de mejoramiento de acreditación	De cumplimiento	Se da poca importancia a la implementación del Sistema Soportes en los cuales no se evidencia un avance real del Sistema	Atraso en la implementación del Sistema Único de Acreditación	Seguimiento mensual de los soportes de cumplimiento presentados por cada acción de mejoramiento propuesta.	10	10	7	700	Seguimientos permanentes en las áreas para verificar el impacto de las acciones de mejoramiento	7	7	4	196	Transferir	Oficina de planeación y calidad	Número total de acciones que se encuentren con evidencia real de implementación/Número total de acciones propuestas*100	Abril	Noviembre	Planes de Mejoramiento Matriz de seguimiento a tareas.				
Prestación de servicios habilitados que no cumplen con los requisitos mínimos	De cumplimiento	Deficiencias en la capacidad instalada	Cierre de servicios y sanciones a la institución	Instrumentos de verificación según Resolución 2003 de 2014	10	10	7	700	Auditorias concurrentes Formulación de planes de cumplimiento Seguimientos frecuentes de los planes de cumplimiento	7	7	7	64	Transferir	Oficina de planeación y calidad	Número de acciones de cumplimiento logradas/Número de acciones de cumplimiento formuladas*100	Marzo	Octubre	Planes de cumplimiento de habilitación				
Falta de adherencia a la política, objetivos y estrategias del programa de Humanización	Estrategico	Alta rotación de personal, Falta de compromiso y sentido de pertenencia con la institución, Resistencia al cambio	Ambiente laboral desfavorable, personal desmotivado, insatisfacción en la prestación del servicio por parte de los usuarios finales.	Listados de asistencia de los funcionarios que asisten a capacitaciones de humanización, encuesta de satisfacción cliente interno y cliente externo	10	10	10	1.000	Asignar de manera oportuna y obligatoria la capacitación y comunicar a los funcionarios, Crear espacios de capacitación a los coordinadores y líderes de proceso como parte de las obligaciones contractuales de todos los funcionarios, Realizar capacitaciones educativas ludicopedagógicas que sensibilicen al personal interno y externo sobre las estrategias del programa de Humanización	7	7	7	64	Asumir	Oficina de planeación y calidad, Líderes de Programas, jefes inmediatos, Coordinadores de Centros y Puestos de Salud	INDICE: la satisfacción del cliente interno y externo es progresiva semestralmente si o no.	Junio	Diciembre	Encuestas de satisfacción Informe semestral				
Poca experticia de los líderes de los procesos en la elaboración y aplicación de documentos estandarizados.	De cumplimiento	Desconocimiento por parte de los funcionarios, de los procedimientos, protocolos y guías avaladas en la institución.	Poca adherencia a los manejos instaurados para los pacientes de acuerdo a los casos intervenidos. * Dificultad al resolver preguntas realizadas por entidades verificadoras. * Aumento del riesgo de presentar eventos de seguridad en la atención en salud	* Procedimiento de control de documentos. * Disponibilidad de consulta por Intranet. * Lista de chequeo para verificar adherencia a los procedimientos.	10	7	7	490	* Auditorias de calidad para verificar la adherencia a las guías, procedimientos y protocolos instaurados en la institución. * Realizar jornadas de socialización y capacitación para mantener la formación continua del personal.	10	7	4	280	Evitar	Líderes o Coordinadores de proceso. Oficina de Planeación y Calidad	Líderes de proceso capacitados en el procedimiento de control de documentos/ total de procesos Jornadas de capacitación y socialización de guías, procedimientos y demás documentos estandarizados/ Jornadas programadas	Febrero	Diciembre	Registro de capacitación del procedimiento de control de documentos. Registro de jornadas de capacitación.				



MAPA DE RIESGOS 2017

PROCESO:		Gestión del mejoramiento continuo																					
OBJETIVO:		Determinar el avance del Sistema Único de Acreditación																	SEGUIMIENTO 1		SEGUIMIENTO 2		
NOMBRE DEL RIESGO	TIPO DE RIESGO	CAUSA (ORIGEN)	CONSECUENCIA (EFECTOS)	CONTROLES	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	ACCIONES EN ESPECIAL DE TIPO PREVENTIVO	CALIFICACIÓN RIESGO RESIDUAL			NUEVA EVALUACION	OPCIONES MANEJO	RESPONSABLE DE LA ACCION	INDICADOR	PLAZO		REGISTRO - EVIDENCIA	FECHA		FECHA	
					PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION			PROBABILIDAD	IMPACTO	DETECCION					FECHA INICIO	FECHA TERMINACION		RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
Inoportunidad en el reporte de la informacion	De cumplimiento	Los responsables de las areas y servicios no reportan a tiempo, problemas en la recoleccion de la informacion, perdida de la informacion.	Sanciones	Seguimiento a la entrega oportuna de la informacion	7	10	1	70	Programacion y entrega de informes antes de las fechas limites de entrega , control de fechas, cronograma de reportes.	4	4	1	16	Evitar	Oficina de planeación y calidad	No de reportes oportunos / No de reportes en el mes	Enero	Diciembre	Reportes realizados				
Baja implementacion de procesos, procedimientos, protocolos y guias de practica clinica	De cumplimiento	Desconocimiento por parte de los funcionarios, de los procedimientos, protocolos y guias avaladas en la institucion.	*Poca adherencia a los manejos instaurados para los pacientes de acuerdo a los casos intervenidos. * Dificultad al resolver preguntas realizadas por entidades verificadoras. * Aumento del riesgo de presentar eventos de seguridad en la atención en salud para los pacientes.	* Disponibilidad de consulta por Intranet. * Lista de chequeo para verificar adherencia a los procedimientos.	10	7	7	490	* Auditorias de calidad para verificar la adherencia a las guias, procedimientos y protocolos instaurados en la institucion. * Realizar jornadas de socialización y capacitación para mantener la formación continua del personal.	7	7	7	343	Evitar	Oficina de planeación y calidad y Lideres o Coordinadores de proceso.	Numero de capacitaciones y socializaciones realizadas e incluidas en el plan de capacitación asociadas a la adherencia a documentos/Numero de capacitaciones y socializaciones incluidas en el plan de capacitación asociadas a la adherencia a documentos x 100	Mayo	Diciembre	Actas de capacitación				

FIRMA:

NOMBRE LIDER DE PROCESO:

Ing. Xiomara Muñoz Barrera/ Referente de Planeación y calidad; Dr. Alfredo Ramirez / Jefe de control interno