



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2020

N°	SUBGERENCIA	TIPO	RIESGO	CAUSA	CONSECUENCIAS			ANALISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO				PLAZO				PRIMER TRIMESTRE SEGUIMIENTO 2		
					CONFIDEN- CIALIDAD DE LA INFORMACI- ÓN	IMPACTO DE CREDIBILID- AD E IMAGEN	IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABI- LIDAD	IMPACTO		NIVEL	OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN	RESPONSABLE S DE LA ACCIÓN	INDICADOR	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO	REGISTRO DE EVIDENCIA	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
1	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Estratégico	Incumplimiento Del Plan Institucional De Gestion Ambiental - Pga - Bajo El Concepto "Hospitales Verdes De La Ese Hmgv	1. Desconocimiento Concepto "Hospitales Verdes De La Ese Hmgv	4	4		3	1	3	Moderado	Plan de acción de Gestión Ambiental diseñado y ejecutado	asumir y compartir	Dar cumplimiento al plan de acción de la estrategia hospital verde, teniendo en cuenta los lineamientos propuestos por la organización salud sin daño.	Ingeniera Ambiental	# actividades del Plan de acción de Gestión Ambiental desarrolladas / # actividades del Plan de acción de Gestión Ambiental propuestas	2020/01/01	2020/12/30	CONTINUO	actas de capacitación y registro fotográfico	100%	Todas las actividades que se lleven a cabo, involucra los cinco objetivos inscrito por el Hospital Mario Gaitán Yanguas, miembro actual de la "Red Hospitales Verdes y Saludables". De manera que, fortalecerá el Sistema de Gestión Ambiental, por medio de la sensibilización continua al personal con respecto a ahorros de energía, agua, papel, actividades que enfuquen el reciclaje, segregación en la fuente y el cuidado del medio ambiente.
2	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Estratégico	Fallas en el Aprovechamiento de Residuos NO peligrosos Institucional	Desconocimiento de acerca de los residuos No peligrosos	4	4	5	3	1	3	Moderado	Implementación del Programa de Aprovechamiento de Residuos NO Peligrosos Institucional	asumir y compartir	Realizar Plan de capacitación a funcionarios del Hospital MGY sobre reciclaje	Ingeniera Ambiental	No. Acciones implementadas plan de acción de reciclaje / Total de acciones programadas	2020/01/01	2020/12/30	CONTINUO	actas de capacitación y registro fotográfico	100%	"Sensibilización al personal mediante mensajes alusivos al reciclaje incrementando la comercialización de los mismos. "Mensajes de ahorro de papel en todas las impresoras, con el fin de sensibilizar al momento de imprimir. "Control y seguimiento mediante base de datos del material comercializado obteniéndose una comercialización constante. Con esto se da cumplimiento al 100% de las 3 actividades planteadas para el trimestre, dando un alcance del 38% del cronograma anual.
														Realizar y socializar el Plan de acción de reciclaje 2do semestre 2018 en gobierno Digital.	Ingeniera Ambiental	No. Acciones implementadas plan de acción de reciclaje / Total de acciones programadas	2020/01/01	2020/01/31	CONTINUO	actas de capacitación y registro fotográfico		
3	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Cumplimiento	No dar cumplimiento con el resultado de la calculadora ambiental año 2020 (huella de carbono).	Desconocimiento de la huella de carbono	4	4	5	3	1	3	Moderado	Implementación del plan de acción Huella de Carbono HMGV	Asumir y Transferir	Llevar el consolidado correspondiente a la huella de carbono	Ingeniera Ambiental	No. Acciones del plan de acción Huella de Carbono HMGV implementadas * 100 / Total de acciones del plan de acción Huella de Carbono HMGV programadas	2020/01/01	2020/01/31	CONTINUO	actas de capacitación y registro fotográfico	100%	Obtener el consolidado del consumo de papel, carpetas, combustible correspondiente al año 2019, cumpliendo con la actividad programada para los meses de febrero y marzo en un 100% dando al cierre del trimestre un acumulado del 25% del cronograma anual.
														Medición de CO2 mediante calculadora ambiental de la Gobernación de Cundinamarca	Ingeniera Ambiental	No. Acciones del plan de acción Huella de Carbono HMGV implementadas * 100 / Total de acciones del plan de acción Huella de Carbono HMGV programadas	2020/01/01	2020/01/31	CONTINUO	actas de capacitación y registro fotográfico		
4	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	De cumplimiento	No contar con la Actualización del Plan de Emergencias Hospitalario por cada Centro y Puesto de Salud en articulación con el Plan de Gestión del Riesgo Municipal para el 2020.	Capacidad instalada insuficiente desconocimiento de la forma en que se articulan los planes	4	4	3	2	3	3	Alto	Documento Plan de emergencias hospitalario.	Asumir y Transferir	Actualizar el documento Plan de emergencias hospitalario.	REFERENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Documento actualizado y aprobado por el CRUE.	2020/03/01	2020/05/01	Primer Cuatrimestre	1. Pantallazos de las Aletas implementadas	100%	Para este trimestre se elaboran planes de emergencia de las sedes CEDIF y Centro de salud de Sibate, se articula participación con Unidad de Gestión de Riesgo del Municipio de Granada, participamos en grupo de Whatsapp de unidad de Gestión de Riesgo del Municipio donde estamos en constante comunicación con los integrantes del mismo. Se lleva un acumulado en la ejecución de 18,18% del 100% (11) de los planes de Emergencia.
														Socializar el plan con unidad de gestión del riesgo municipal.					2020/03/01	2020/12/31		
5	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	Fallas en la Implementación del plan de emergencias	Desconocimiento del plan de emergencias	5	5	3	3	5	5	Extremo	contar con el documento del Plan de emergencias	Compartir o Transferir	Ejecución de actividades incluidas en el Plan	REFERENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	# actividades del Plan de Emergencias realizadas * 100# actividades del Plan de Emergencias planeadas	2020/03/01	2020/12/31	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico	100%	Como logro en el primer trimestre 2020, se activa Comité hospitalario de Emergencias por declaratoria de emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente de acuerdo a resolución 385 del 12 de marzo de 2020. Se adapta zona de expansión en el área de pediatría para atención de pacientes sintomáticos respiratorio, se adapta carga de pre-triage para clasificación de pacientes. De igual forma se sigue ejecutando actividades derivadas del Plan de emergencias.
6	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No dar cumplimiento con el Reporte mensual del Sistema de Vigilancia en Salud Laboral y el 100% de los eventos de origen laboral de acuerdo a los Lineamientos.	Desconocimiento de la normatividad	5	4	1	4	5	4	Extremo	capacitación al personal para el reporte	Asumir y Transferir	Socialización de los Lineamientos SVSALA a todo el personal.	REFERENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Numero de Reportes entregados / Número de Reportes Programados	2020/03/01	2020/12/31	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico	100%	Se envía mensualmente reporte con casos identificados, durante el primer trimestre no se reportaron casos de notificación obligatoria, en reporte mensual (base de datos), fueron reportados 113 casos. En relación al primer trimestre del año anterior se evidencia un aumento de 28 casos (85 casos reportados en el primer trimestre del 2019).
														Seguimiento al Reporte					2020/03/01	2020/12/31		
7	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	De Cumplimiento	Incumplimiento en el Plan de trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	Desconocimiento Plan de trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	4	4	3	2	3	3	Alto	seguimiento a las acciones del plan de trabajo anual en seguridad y salud en el trabajo	Asumir y Compartir	Presentar informe SG-SST y las acciones por el responsable SG-SST mensualmente	REFERENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	# de acciones realizadas del Plan de trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo * 100 / # total de acciones programadas del Plan de trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	2020/03/01	2020/12/31	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico	100%	La ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas cuenta por la asignación del Profesional responsable del Sistema de gestión de Seguridad de Salud y Salud en el Trabajo con contrato por prestación de servicios con vigencia al 30 de abril de 2020, Se realiza autoevaluación del Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo cede acuerdo a Resolución 0312 de 2019 con un porcentaje de cumplimiento del 98,75%, se elabora Plan de trabajo, Plan de mejoramiento y Plan de capacitación del SGSST para el 2020.



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2020

N°	SUBGERENCIA	TIPO	RIESGO	CAUSA	CONSECUENCIAS				ANÁLISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			INDICADOR	PLAZO				PRIMER TRIMESTRE SEGUIMIENTO 2	
					CONFIDEN- CIALIDAD DE LA INFORMACI- ÓN	IMPACTO DE CREDIBILID- AD E IMAGEN	IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABILI- DAD	IMPACTO	NIVEL		OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN	RESPONSABLE S DE LA ACCIÓN		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO	REGISTRO DE EVIDENCIA	RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS
8	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	Fallas en la implementación del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	1. Falta de Optimización Sistema OCH 2. Cortes de Luz 3. Insuficiente Recurso Humano Para el Soporte Técnico DGH	5	4	4	4	5	4	Extremo	1. Llamado Telefónico al Proceso de TIC's 2. Plan de Contingencia (Manejo de Formatos Físicos Institucionales)	Asumir y Transferir	Implementación de los módulos del sistema de información adquiridos por la ESE HMGY de Soacha	REFERENTE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN - TIC'S	# de módulos en producción y actualizados en funcionamiento / # total de los módulos adquiridos por el Hospital	2020/03/01	2020/12/31	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico	100%	Para el I Trimestre de 2020 se tiene un cumplimiento del 83% de las actividades establecidas en el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, es decir 5 de 6, enfocadas principalmente a la capacitación de funcionarios nuevos en la Política de Acceso al sistema de información, Política de seguridad de equipos de computo y la Política de tratamiento y protección de datos personales, además del registro de bases de datos ante la SIC.
9	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No dar cumplimiento con la implementación de Gobierno en Digital y con los requisitos del portal interactivo.	1. Fallas en la publicación de la pagina web	2	4	2	3	5	5	Extremo	1. recepción y clasificación de toda la información a publicar	Asumir y Transferir	Actualización permanente de la página web y la intranet. De acuerdo a los requisitos del portal interactivo para gobierno Digital	REFERENTE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN - TIC'S	# de requisitos cumplidos de gobierno digital / # total de requisitos del portal interactivo para Gobierno Digital	2020/03/01	2020/12/31	Continuo	Sito web institucional	100%	Se alcanza un cumplimiento del 86% en el reporte de información institucional, según la matriz de cumplimiento establecida por la Secretaría de salud de Cundinamarca, esto gracias a la actualización y reporte constante de información por parte de las áreas y procesos institucionales. Dando un alcance del 100% con respecto a la meta establecida.
10	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	Fallas en el Cumplimiento del Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones PETIC	1. Desconocimiento del PETIC	4	4	3	2	3	3	Alto	seguimiento al Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones PETIC	Asumir y Transferir	Establecer y ejecutar el Plan de Acción del Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicación Institucional para la vigencia de acuerdo al autodiagnóstico de MIPG	REFERENTE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN - TIC'S	# de acciones realizadas Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones PETIC * 100 / # Total de acciones programadas Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones PETIC	2020/03/01	2020/12/31	Continuo	informe de seguimiento	75%	Se alcanza un 70% de cumplimiento de las Actividades establecidas en el PETIC, lo que corresponde a 7 de 10 actividades.
11	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	Fallas en el Cumplimiento del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información.	falta de capacitación en seguridad informática	4	4	3	2	3	3	Alto	Seguimiento al Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información.	Asumir y Transferir	Establecer y ejecutar el Plan de Acción del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información Institucional para la vigencia de acuerdo al autodiagnóstico de MIPG	REFERENTE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN - TIC'S	# de acciones realizadas Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información * 100 / # Total de acciones programadas Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la información	2020/03/01	2020/12/31	Continuo	informe de seguimiento	100%	Se alcanza un 75% de cumplimiento en las actividades establecidas ene Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, enfocado a capacitación al personal nuevo, identificación y clasificación de los riesgos.
12	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No lograr una recuperación de la cartera 2019 en un 63%	1. no contar con los soportes para realizar las respectivas cuentas de cobro 2. deficiencia en la gestión	4	4	3	2	3	3	Alto	gestión ante las EAPB	Asumir y Compartir	Realizar seguimiento permanente a la Cartera conciliada con las EAPB. Informe de avance en el planteamiento de búsqueda de recursos y concepto de viabilidad.	REFERENTE CARTERA	Recuperación de cuentas por cobrar en vigencia 2020 (cartera 2019) cobradas y acumulada a corte de cada trimestre de 2018 valor pendiente de recuperar a Dic 31 de 2018. Correspondiente a cartera de dicha vigencia * 100	2020/03/01	2020/12/31	Continuo	realizar seguimiento permanente a la Cartera conciliada con las EAPB. Informe de avance en el planteamiento de búsqueda de recursos y concepto de viabilidad.	50%	Se obtuvo una recuperación de cuentas por cobrar (2019) del 15% frente al valor estimado a recaudar equivalente al 63% en la vigencia actual
13	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No Lograr el recaudo y depuración del 40% de cartera de la vigencia 2016 hacia atrás	1. No contar con los soportes para realizar las respectivas cuentas de cobro 2. deficiencia en la gestión	4	4	3	2	3	3	Alto	gestión ante las EAPB	Asumir	Continuar con el proceso de depuración de cartera con las EAPB	REFERENTE CARTERA	Valor de recaudo de cartera > 360 días / Valor de la cartera > 360 días establecida a 31 de diciembre de 2018 (balance)	2020/03/01	2020/12/31	Continuo	Continuar con el proceso de depuración de cartera con las EAPB	75%	Se obtuvo una recuperación de cuentas por cobrar (2018 hacia atrás) del 6% frente al valor estimado a recaudar equivalente al 40% en la vigencia actual.
14	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	Falta de implementación del sistema de costos	1. no contar con el apoyo tecnico para su implementación	4	4	3	2	3	3	Alto	seguimiento a las actividades	Asumir	Socialización de cronograma de trabajo 2020, con los responsables del proceso financiero y sistemas de información.	REFERENTE DE COSTOS	# de acciones cumplidas (Cronograma de Trabajo) * 100 / # total de acciones Planeadas (Cronograma de Trabajo)	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	Socialización de cronograma de trabajo 2020, con los responsables del proceso financiero y sistemas de información.	100%	Teniendo en cuenta el modulo de costos funciona mes vencido, el primer trimestre fue posible cerrar el mes de diciembre de 2019, enero de 2020 y Febrero de 2020, logrando un 16,67% de cumplimiento a pesar de tener programado un 22%, con una variación negativa con relación al cumplimiento del logro debido a una actividad sin ejecutar no obstante se cuenta con un 16,52% del cumplimiento de la meta y puede que durante el segundo trimestre se cumpla la actividad con el fin de mejorar el cumplimiento de la meta.
15	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No dar cumplimiento al Plan Institucional de Archivos PINAR	1. Falta de Insumos. 2. Datos Incompletos. 3. Desconocimiento del Protocolo de identificación.	2	5	2	2	3	2	Moderado	Capacitaciones continuas	Asumir	Establecer y ejecutar el Plan de Acción del PINAR planeadas para la vigencia de acuerdo al autodiagnóstico de MIPG.	referente gestión comunal	# de acciones realizadas del Plan Institucional de Archivos * 100 / # Total de acciones programadas del Plan Institucional de Archivos	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	1. Actas de Socialización y Registro Fotográfico	100%	Durante el I trimestre se han venido realizando actividades de gestión documental como capacitaciones, socializaciones en cuanto a la identificación, ordenación, alineación, perforación, ubicación de los documentos en la unidad de conservación, foliación, almacenamiento, levantamiento de base de datos y su respectiva organización documental, involucrando todos los funcionarios del hospital y avanzando en la aplicación de herramientas archivísticas como son los subprogramas y procedimientos creados en la segunda fase de contratación en el proceso de Gestión Documental, seguidos bajo los lineamientos de la ley general de archivo. Así mismo se han creado formatos para optimizar las actividades del día a día por cada una de las unidades productoras de archivos. Cumpliendo con el 100% de la meta programada para el I trimestre y con un acumulado del 14% de las actividades ejecutadas.
16	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No dar cumplimiento del Plan Anual de Adquisiciones	1. No contar con el estudio de necesidad 2. no contar con el presupuesto para adquisición de bienes	2	5	2	2	3	2	Moderado	1. seguimientos desde el área presupuestal	Asumir	Realizar el documento del plan de adquisiciones y realizar seguimiento por rubro presupuestal teniendo en cuenta lo planificado y su cumplimiento	referente presupuesto	N° de Socializaciones realizadas/N° de Socializaciones Programadas	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	1. Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	52%	La contratación de mano de obra de las áreas misionales y administrativas, se legalizó para cubrir los primeros cuatro meses de la vigencia 2.020; con una ejecución, del 37.6%, terminando así, el primer trimestre de 2.020. Para el grupo de GASTOS GENERALES, se celebraron contratos con un cubrimiento inicial de nueve y seis meses, respectivamente, con una ejecución total a marzo del 53,9%. En el grupo de GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL, que incluye medicamentos y los insumos médico quirúrgicos, alimentos y los servicios operados por terceros, se contrataron servicios por nueve meses, inicialmente, pero fueron adicionados los servicios a terceros con recursos resultantes del cierre de la vigencia 2.019, alcanzando una ejecución total del 68,1%. La ejecución global del PAA, al finalizar el primer trimestre 2.020, en los tres grupos del Gasto, es del 52,0% total.
17	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Financiero y Operacional	Fallas en el cumplimiento del Plan de Vacantes	1. desconocimiento de la norma	4	4	19	3	3	3	Alto	Seguimientos a las actividades del Plan	Asumir y Compartir	% de ejecución Plan de Vacantes	LIDER DE TALENTO HUMANO	% de ejecución Plan de Vacantes	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	1. Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	43%	Se elaboró el plan de vacantes de recurso humano junto con el cronograma; se certificó las vacantes con corte a 31 de marzo de 2020. En el mes de enero si hizo la actualización del Plan, está pendiente el envío a Calidad para su codificación, firma y publicación, codificación y publicación y para el mes de Marzo se certificaron las vacantes existentes a 31 de marzo, se cumplen con 3 actividades de las 4 planeadas para el trimestre, es decir un 75% y se reprograma la publicación para el siguiente trimestre, dando un acumulado al año del 43% de la meta del indicador.



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2020

N°	SUBGERENCIA	TIPO	RIESGO	CAUSA	CONSECUENCIAS			ANALISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			INDICADOR	PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	PRIMER TRIMESTRE SEGUIMIENTO 2		
					CONFIDEN- CIALIDAD DE LA INFORMACI- ON	IMPACTO DE CREDIBILID AD E IMAGEN	IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABI LIDAD	IMPACTO		NIVEL	OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN		RESPONSABLE S DE LA ACCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN		PERIODO DE SEGUIMIENTO	RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
18	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	De Cumplimiento	Fallas en el cumplimiento del Plan de Previsión de Recurso Humanos	1, desconocimiento de la norma	4	4	20	3	4	5	Extremo	Seguimientos a las actividades del Plan	Asumir y Compartir	% de Ejecución Plan de Previsión de Recurso Humanos	LIDER DE TALENTO HUMANO	% de Ejecución Plan de Previsión de Recurso Humanos	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	1, Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	50%	Se actualizó el plan de Previsión de Recurso Humano y se realiza su publicación, se actualiza el cronograma y está pendiente para enviar a codificación y publicación en la Intranet; se certificó las vacantes con corte a 31 de marzo de 2020, cumpliendo con las 3 actividades planeadas para el trimestre en un 100%, dando un acumulado al año del 50% del cronograma.
19	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operacional	Fallas en el Cumplimiento del Plan Estratégico de Talento Humano.	1, desconocimiento de la norma	2	4	21	4	5	5	Extremo	Seguimientos a las actividades del Plan	Asumir y Compartir	% de cumplimiento del Plan Estratégico de Talento Humano	LIDER DE TALENTO HUMANO	% de cumplimiento del Plan Estratégico de Talento Humano	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	1, Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	25%	Se actualizó el Plan de Bienestar, se adelantó la elección y conformación del comité de bienestar, se actualizó el Plan de Capacitación, y se gestionó la información de la evaluación de desempeño, dando con cumplimiento del 100% de las actividades planeadas para el trimestre, un 25% acumulado al cronograma anual.
20	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Estratégico y Operativo	Fallas en el Cumplimiento del Plan Institucional de Capacitaciones	1, desconocimiento de la norma	5	5	5	5	1	5	Alto	Seguimientos a las actividades del Plan	Asumir	% de cumplimiento del Plan Institucional de Capacitaciones	LIDER DE TALENTO HUMANO	% de cumplimiento del Plan Institucional de Capacitaciones	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	1, Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	29%	Se actualiza el Plan Institucional de Capacitación y se ejecutan las actividades programadas adicional a actividades no programadas con foco en el afrontamiento institucional ante el covid 19, se realizaron 28 capacitaciones en el trimestre cumpliendo con el 100% del indicador, un acumulado al año del 29% de lo planeado.
21	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Estratégico y Operativo	Fallas en el Cumplimiento del Plan de Incentivos Institucional	1, desconocimiento de la norma	5	5	5	3	2	4	Alto	Seguimientos a las actividades del Plan	Asumir y Compartir	% de cumplimiento del Plan de Incentivos Institucional	LIDER DE TALENTO HUMANO	% de cumplimiento del Plan de Incentivos Institucional	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	1, Registros Fotográficos y Actas de Capacitación	20%	Se actualizó el Plan de Bienestar y se ejecutaron las actividades conforme el cronograma, es decir se realizó de forma mensual la publicación en carpetas y fondos de pantalla los cumpleaños de los funcionarios y en el mes de marzo se realizó adicionalmente la celebración del día de la mujer dando incentivos a todas colaboradoras de la E.S.E., dando un cumplimiento del 100% de las 4 actividades planeadas, y un acumulado al año del 19,00% del cronograma.
75%																						
22	SUBGERENCIA COMUNITARIA	De Cumplimiento	No presentar Auditorias de adherencia a Guías de forma mensual con presentación trimestral a Junta Directiva para los programas de (HTA y DM2) para la vigencia 2020.	desconocimiento del manual de Auditoria	5	5	4	2	1	5	Alto	programación de auditorias	Asumir	evaluar la adherencia a la guía de practica clinica de HTA, DM y CyD	gerencia Ambiental	No. De auditorías de HC realizadas *100 / No. Auditorías programada	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	Informe de auditoria	50%	Corno logros para el primer trimestre del año 2020 se realizo auditoria a 324 historias clinicas correspondientes a atenciones de usuarios con diagnósticos de Hipertensión Arterial. Para el mes de Enero y Febrero se auditaron 109 y para Marzo 106 según la formula estadística implementada en dicha auditoria. Se obtuvo para este periodo una adherencia del 93% a la guía de practica clinica por parte de los profesionales de la institución, para el primer trimestre de año 2020. Para este ultimo trimestre se destaca el cumplimiento de la meta establecida del 100% con un total de 12 auditorias durante el año.
																				25%	Se ejecuta el primer trimestre de las 3 auditorias programadas de los meses de enero, febrero y marzo 2020, se auditaron 244 historias clinicas en el trimestre, 72 en el mes de enero, 90 en el mes de febrero y 82 en el mes de marzo, obteniendo un resultado de adherencia a la guía practica de Diabetes Mellitus del 92%, lo que se evidencia que los profesionales se encuentran adheridos adecuadamente a la guía. Dando así cumplimiento al 25% de la ejecución de las auditorias programadas para la vigencia 2020	
23	SUBGERENCIA COMUNITARIA	De Cumplimiento	Fallas en el control de Pacientes hipertensos dentro de la Línea Base 2018.	1, No realizar los registros correspondientes	5	5	4	2	1	5	Alto	Se Crearan para la Vigencia	Asumir transferir	Realizar seguimiento a los pacientes diagnosticados como hipertensos Realizar seguimiento a los pacientes insistentes del programa de Crónicos		Número de pacientes con cifras tensionales inferiores a 140/90 mm Hg en el último trimestre * 100 / número de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial reportados que asisten a control.	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	Informe de auditoria	90%	Durante el primer trimestre 2020 se realizaron 3.656 atenciones a usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial, manteniendo las cifras tensionales en parámetros adecuados a 3.302 lo que evidencia una adecuada adherencia a tratamientos instituidos por el personal de salud. Logrando así un cumplimiento del 90% de la meta institucional con un promedio de 1100,67 pacientes en el trimestre.
24	SUBGERENCIA COMUNITARIA	De Cumplimiento	Fallas en la educación de la lactancia materna en menores de 6 meses.	1, Incumplimiento al Protocolo	5	5	4	2	1	5	alto	seguimiento al protocolo	Asumir	1,Seguimiento a Adherencia al Procolo		% de Adherencia al protocolo	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	1, Informe de Supervisión con % de Adherencia	100%	Durante el primer trimestre se fomento la exclusividad de la lactancia materna en el puerperio inmediato, consulta de recién nacido y la consulta de crecimiento y desarrollo, logrando así alcanzar la meta institucional propuesta de 4 meses de duración de la lactancia materna exclusiva, cumpliendo al 100% con el indicador.
25	SUBGERENCIA COMUNITARIA	De Cumplimiento	No realizar el seguimiento a las citologías con reporte positivo.	1, incumplimiento al protocolo	5	5	4	2	1	5	alto	seguimiento al protocolo	Asumir y Compartir	Seguimiento a resultados positivos de citologías		total de seguimientos efectivos a las citologías positivas /total de citologías positivas	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	Seguimiento a resultados positivos	100%	Para el 1 trimestre del año 2020 se logro el cumplimiento de la meta establecida, esto se logro mediante la canalización y seguimiento efectivo de las usuarias con resultado de citología positivo. El laboratorio clinico continua notificando a diario estos resultados los cuales son remitidos de manera inmediata a la sede donde fue tomado el examen de tal manera que se canaliza la usuaria oportunamente. De igual manera estos resultados criticos son notificados a las EAPB correspondiente con el fin de articular la canalización y seguimiento de la usuaria. Dentro de los diagnósticos criticos de citología se encuentra en primer lugar ASCUS con 39 reportes, LEIGB 7 reportes, LEIBG + VPH 1 reportes, ASC-H 5 reportes y Anormalidades en células epiteliales glandulares sin especificación 1 reporte; LEIAG 3 reportes, LEIAG + VPH 5 y carcinoma 1 reportes. Para un total de 62 resultados criticos de citologías.



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2020

N°	SUBGERENCIA	TIPO	RIESGO	CAUSA	CONSECUENCIAS				ANALISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			INDICADOR	PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	PRIMER TRIMESTRE SEGUIMIENTO 2	
					CONFIDEN- CIALIDAD DE LA INFORMACION	IMPACTO DE CREDIBILIDAD E IMAGEN	IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABILIDAD	IMPACTO	NIVEL		OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN	RESPONSABLE S DE LA ACCIÓN		FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO		RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
26	SUBGERENCIA COMUNITARIA	De Cumplimiento	Fallas en la implementación de los 10 pasos de la estrategia IAMM	1. Incumplimiento al protocolo	5	5	4	2	1	5	alto		Realizar capacitación y evaluación sobre la estrategia IAMM en todos los procesos del Hospital Mario Galán Yanguas de Soacha.		No. de pasos implementados Estrategia IAMM / No total de Pasos estrategia IAMM	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	Porcentaje de implementación de estrategia IAMM	84%	Para este primer trimestre se realizaron 4 actividades de capacitación con una cobertura a 314 funcionarios del área administrativa y asistencial del hospital y 33 mujeres gestantes y lactantes de los diferentes servicios asistenciales. Se ha logrado una adherencia a la Estrategia con un comportamiento variable de 76% para enero, de 81% para febrero y 86% para el mes de marzo.	
75%																						
27	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Operativo	Falla en la notificación de los eventos de interés y calidad en la información los registros del SIVIGILA	1. desconocimiento de metodología en el reporte	5	4	4	4	5	4	Extremo	Establecer controles	Asumir y Transferir	Notificar oportunamente el 100% de los procesos institucionales para la vigilancia epidemiológica	REFERENTE DE EPIDEMIOLOGIA	# REPORTES enviados / Total REPORTES realizados	2020/03/01	2020/12/31	Continuo	cronograma con seguimiento	100%	Aumento de la notificación, en relación a las actividades propuestas para BAI con un reporte en SIVIGILA de 523 eventos para este trimestre donde se evidencia con mayor frecuencia la Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar (65 casos) y Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (27 casos), en total 523 casos reportados en el trimestre al 100%.
28	SUBGERENCIA CIENTIFICA	cumplimiento	No presentar el reporte de los eventos en salud mental (tipologías de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida - fuente SIVIGILA)	1. No identificación del evento de interés en Salud pública 2.No diligenciamiento de la ficha de notificación	4	1	3	2	3	4	alto	1. Búsqueda activa institucional los diferentes servicios 2. búsqueda activa institucional mensual mediante los Rips y Sianesp	asumir y compartir	capacitar al personal asistencial frente a notificación de eventos de interés en salud pública	referente en vigilancia epidemiológica	# eventos reportados SIVIGILA x 100 / # total de eventos identificados (CIE 10, BAI e HC)	2020/02/28	2020/12/31	continuo	SE REALIZA BUSQUEDA DE EVENTOS QUE CUMPLEN CRITERIOS PARA IDENTIFICACION SUICIDA E INTENTO SUICIDA QUE INGRESAN AL HMGY	100%	Se presenta una disminución del 30.5% de los casos notificados en relación al primer trimestre del año anterior, con un acumulado de 25 casos en el trimestre reportados al 100%.
29	SUBGERENCIA CIENTIFICA	operacional	Fallas en la notificación oportuna del 100% de los eventos de interés y calidad en la información y los registros del SIVIGILA (13DG) (14DG)	1. Desconocimiento de los protocolos 2. No diligenciamiento de la ficha de notificación	4	1	3	3	3	4	alto	se construirán en vigencia	asumir y compartir	socializar protocolos priorizados	referente en vigilancia epidemiológica	# de procesos institucionales de Vigilancia Epidemiológica reportados * 100 / # de procesos institucionales de Vigilancia Epidemiológica identificados	2020/02/28	2020/12/31	continuo	listado de asistencia con registro fotográfico	100%	Aumento de la notificación, en relación a las actividades propuestas para BAI con un reporte en SIVIGILA de 523 eventos para este trimestre donde se evidencia con mayor frecuencia la Vigilancia en salud pública de la violencia de género e intrafamiliar (65 casos) y Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (27 casos), en total 523 casos reportados en el trimestre al 100%.
30	SUBGERENCIA CIENTIFICA	cumplimiento	Fallas en el cumplimiento del Plan de sostenibilidad del Sistema Único de Habilitación	1. Desconocimiento de la normatividad 2.No realizar planes de mejoramiento	4	1	3	3	3	4	alto	seguimiento actividades del plan de mejoramiento	asumir y compartir	Seguimiento al plan de sostenibilidad del SUH vigencia 2020.	referente de y habilitación	# actividades cumplidas del Plan de Sostenibilidad del SUH/ actividades propuestas del Plan de Sostenibilidad del SUH	2020/02/28	2020/12/31	continuo	Actas de Seguimiento, Fotos, Socializaciones.	100%	Actualización y fortalecimiento de grupos de autoevaluación del sistema único de habilitación con el fin de dar continuidad al cumplimiento de los criterios normativos de habilitación y definición de acciones que permitan garantizar el cumplimiento del 100% de la norma
31	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Estratégico	No generar un programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad.	1. Desconocimiento de la normatividad 2.No contar con el personal necesario para realizar los planes de mejoramiento	4	2	1	3	4	2	alto	seguimiento a las actividades del plan de mejoramiento continuo	Asumir y Compartir	formulación y ejecución del PAMEC, basado en la ruta crítica establecida en las pausas para la auditoria para el mejoramiento de la calidad.	referente de y habilitación	# acciones implementadas del PAMEC *100 /# total de acciones propuestas del PAMEC	2020/02/28	2020/12/31	continuo	2. Actas de Socialización y Registro Fotográfico	50%	De acuerdo al cronograma de ejecución del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) vigencia 2019, en el Mes de Enero del 2020 se da cierre y socialización al último paso de la Ruta Crítica; Aprendizaje Organizacional. De acuerdo al cronograma de ejecución del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), durante el I Trimestre del año 2020 (Enero, Febrero y Marzo) se dio cierre al Proceso de Autoevaluación. En cumplimiento del cronograma, nos encontramos desarrollando el proceso de selección de procesos y la priorización de los mismos. Dentro de esta Ficha a partir del mes de Julio se relacionaran el número de acciones de mejora propuestas con su debido seguimiento, las cuales quedaran establecidas dentro del Plan de Acción del PAMEC Vigencia 2020.
32	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Operativo	No realizar mediciones de satisfacción de los usuarios	1. Fallas en el Proceso de Inducción y Reinducción del Personal 2. Insuficiencia de Recurso Tecnológico	5	5	5	5	3	5	Extremo	implementación formato de encuesta de satisfacción	Asumir y Compartir	Realizar encuestas de satisfacción, análisis y plan de mejoramiento.	Referente trabajo social	# usuarios satisfechos * 100 / usuarios entrevistados	2020/02/28	2020/12/31	Primer Cuatrimestre	1. Actas de Socialización y Registro Fotográfico	97%	Durante el I Trimestre de 2020, se realizó el procedimiento de aplicación de encuestas de satisfacción en los servicios institucionales incluyendo los servicios operados por terceros. El Instrumento de ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO-AU-FTO-20, se adhiere al instrumento propuesto por la Gobernación de Cundinamarca. Se realizó la Aplicación de 6201 Encuestas mediante el Instrumento actualizado en los diferentes servicios y Puestos de Salud del HMGY, con un indicador global de 97%. Se realizó el diseño y la Publicación en la Intranet Institucional y el Portal WEB del Instrumento ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO-AU-FTO-20 para su diligenciamiento en línea en el año 2019.
33	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Operativo	Fallas en los tiempos de respuesta de las PQRSDF en la ESE HMGY de Soacha	Desconocimiento de la normatividad	4	3	4	1	3	3	moderado	socialización procedimiento PQRSDFS	Asumir y Compartir	Seguimiento a las PQRSDF clasificadas según fallos en trato digno y calidad informar mensualmente al gerente y subgerente sobre las tiempos de respuestas de las PQRSDF	Referente trabajo social	Sumatoria total de los días hábiles transcurridos entre la recepción de las PQRSDF y la emisión de respuesta / Número de total de PQRSDF recibidos.	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	4. Acta de comité MECI y registro Fotográfico	100%	Se realizó el seguimiento adecuado al proceso de respuestas de PQRSDF dentro de los términos establecidos por la normatividad vigente (Circular 008 de 2017), proceso en el cual el área jurídica realiza una verificación semanal en seguimiento a la oportunidad de respuesta de las PQRSDF. Enero 16 PQRSDF Febrero 34 PQRSDF Marzo 76 PQRSDF Al cierre del trimestre se evidencia un cumplimiento del 100% sobre la meta proyectada para el periodo reportado, con un indicador trimestral de 7.2 días de respuesta a las PQRSDF.

MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2020

N°	SUBGERENCIA	TIPO	RIESGO	CAUSA	CONSECUENCIAS				ANALISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			INDICADOR	PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA
					CONFIDENCIALIDAD DE LA 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	
34	SUBGERENCIA CIENTIFICA	OPERATIVO	Incumplimiento al Plan de Acción del Programa de Seguridad del Paciente de la ESE	1, desconocimiento del programa de Seguridad del paciente	4	3	4	1	3	3	moderado	socialización del programa de seguridad del paciente	asumir y compartir	Porcentaje de cumplimiento al Plan de Acción del programa de Seguridad del Paciente	referentes de apoyo DX y terapéutico y seguridad Paciente	No. Actividades del Plan de Acción de Seguridad del Paciente cumplidas *100. No. De actividades propuestas del Plan de acción de Seguridad del paciente.	2020/02/28	2020/12/31	primer cuatrimestre	acta de compilación de capacitaciones con registro fotográfico
35	SUBGERENCIA CIENTIFICA	OPERATIVO	No dar cumplimiento al Plan de Acción del Programa de Humanización de la ESE	1, Desconocimiento del actividades a desarrollar	4	2	3	2	3	3	moderado	implementación de actividades	asumir y compartir	# acciones del Plan de Acción de Humanización implementadas *100 / # total de acciones propuestas del Plan de Acción de Humanización	referentes de apoyo DX y terapéutico	# acciones del Plan de Acción de Humanización implementadas *100 / # total de acciones propuestas del Plan de Acción de Humanización	2020/02/28	2020/12/31	continuo	matriz semaforizada con % de cumplimiento

PRIMER TRIMESTRE SEGUIMIENTO 2	
RESULTADO DEL INDICADOR	ANALISIS
100%	Para el mes de Enero se establecieron 5 actividades, las cuales se desarrollaron en su totalidad (Plan de acción, Comité de seguridad del paciente, Socialización y evaluación de adherencia a prácticas seguras, Rondas de seguridad del paciente sede asistencial y Seguimiento a indicadores de Centros y puestos). En el mes de Febrero se establecieron 6 actividades, las cuales se desarrollaron en su totalidad, (Comité de seguridad del paciente, Socialización y evaluación de adherencia a prácticas seguras, Capacitaciones a contratados por terceros, Rondas de seguridad del paciente, Actualización del formato de reportes de sucesos de seguridad, Seguimiento a indicadores de Centros y puestos); para el mes de Marzo se establecieron 6 actividades las cuales se desarrollaron en su totalidad, (Comité de seguridad del paciente, Socialización y evaluación de adherencia a prácticas seguras, Rondas de seguridad del paciente sede asistencial, centros y puestos de salud y Seguimiento a indicadores de Centros y puestos). para el primer trimestre del año 2020 se logro mantener el indicador superior al 95%. Al corte se tiene un cumplimiento del 100% del cronograma trimestral, acumulando un 20% al cronograma anual 2020.
100%	Liderazgo e implementación de las 4 estrategias contempladas en el programa de humanización, como lo son: Atención del parto humanizado, Biblioteca itinerante, percepción de la humanización y el reconocimiento a la humanización. Se socializaron los avances del cumplimiento de las actividades del plan de acción en el comité mensual de humanización y en el informe de gestión. Fortalecimiento de divulgación del correcto lavado de manos y aislamiento en habitaciones del hospital. Apertura y divulgación de espacio de acompañamiento y escucha para colaboradores de la institución. Se realiza el cierre del I trimestre del 2020 con un cumplimiento de 23 actividades sobre las 24 programas, lo cual nos permitió culminar el trimestre con un 24% de cumplimiento.
83%	

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	75%
SUBGERENCIA COMUNITARIA	75%
SUBGERENCIA CIENTIFICA	83%
AVANCE TOTAL	78%