



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2020

N°	SUBGERENCIA	TIPO	RIESGO	CAUSA	CONSECUENCIAS			ANÁLISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			PLAZO				SEGUNDO 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	ANÁLISIS
1	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Estratégico	Incumplimiento Del Plan Institucional De Gestión Ambiental - Pga - Bajo El Concepto "Hospitales Verdes De La Ese Hmgv	1. Desconocimiento Concepto "Hospitales Verdes De La Ese Hmgv	4	4		3	1	3	Moderado	Plan de acción de Gestión Ambiental diseñado y ejecutado	asumir y compartir	Dar cumplimiento al plan de acción de la estrategia hospital verde, teniendo en cuenta los lineamientos propuestos por la organización salud sin daño.	Ingeniera Ambiental	# actividades del Plan de acción de Gestión Ambiental desarrolladas / # actividades del Plan de acción de Gestión Ambiental propuestas	2020/01/01	2020/12/30	CONTINUO	actas de capacitación y registro fotográfico	100%	Se realiza el seguimiento a los cambios de luminarias realizado por el área de recursos físicos, para un total de 57 luminarias que se cambiaron entre la sede asistencial y el edificio negro, se espera que con el seguimiento que se realiza mensualmente sea significativo la reducción de energía, de igual manera la actividad se fortalece mediante capacitación de ahorro y uso eficiente de energía en nuestra institución. Involucrar al personal con respecto a la celebración del día mundial del medio ambiente, con el fin de sensibilizar al personal al cuidado y uso eficiente de los recursos, aprovechamiento de materiales, adecuada disposición de residuos. Se realizó el estudio de necesidad para la contratación para el muestreo y análisis de agua potable, muestras que serán analizadas para el mes de julio.
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%	"Involucrar al personal con respecto a la celebración del día mundial del medio ambiente, con el fin de sensibilizar al personal al cuidado y uso eficiente de los recursos, aprovechamiento de materiales, adecuada disposición de residuos. "Dar a conocer mediante informe las cantidades que están siendo comercializadas, con el fin de motivar al personal de seguir realizando la separación de residuos aprovechables de cada área, cabe resaltar que lo logrado durante el primer semestre del año va ligado al sistema de capacitación realizado, en el cual se va sensibilizando y motivando al personal con respecto a los beneficios y ventajas de aprovechar los residuos que se tienen a diario en los lugares de trabajo. "Sensibilización al personal mediante mensajes alusivos al reciclaje, los cuales se manejan por medio de WhatsApp y fondos de pantalla
														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%	La huella de carbono consiste en medir las emisiones de CO2 generados en la actividad hospitalaria, implicando algunas actividades para la reducción de la misma como: ahorro y de uso eficiente de energía, agua, combustible, mejor gestión de recursos, de residuos, actividades que se vienen realizando con el fin de lograr el comparativo entre año 2018 y 2019, para realizar la compensación teniendo en cuenta el resultado. En el segundo trimestre de 2020, se realizó el ingreso de la información a la plataforma, esperando el resultado para realizar la correspondiente compensación de lo generado por la E.S.E.
														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%	Durante el segundo trimestre se socializa con secretaria de salud de Soacha Plan de contingencia para enfermedad respiratoria COVID - Se activa comité de emergencias. Se habilita área de expansión respiratoria para atención de casos sospechosos COVID- Se instala carga de pre-triage. Se elaboran documentos de apoyo para atender la contingencia de COVID-19 del Hospital, se realizan reuniones para evaluar semanalmente el proceso, se continúa con un cumplimiento del indicador del 18% respecto a la actualización de los Planes de Emergencia para incluir el de la Pandemia en los centros y puestos.
														Socializar el plan con unidad de gestión del riesgo municipal.				2020/03/01	2020/12/31	Continuo		
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%	Se realiza capacitación en Plan de contingencia Respiratoria COVID-19 y ruta de acceso a intranet donde fue incluido el personal asistencial de turno de noche. La Gerencia realiza la gestión para la compra y adquisición de equipos e insumos necesarios para enfrentar la emergencia. Teniendo en cuenta la Emergencia Sanitaria y las necesidades presentadas por la pandemia, se ajusta cronograma a partir de éste trimestre, dando un cumplimiento a la fecha del 43% con 9 de 21.
6	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No dar cumplimiento con el Reporte mensualmente del Sistema de Vigilancia en Salud Laboral y el 100% de los eventos de origen laboral de acuerdo a los Lineamientos.	Desconocimiento de la normatividad	5	4	1	4	5	4	Extremo	capacitación al personal para el reporte	Asumir y Transferir	Socialización de los Lineamientos SIVISALA a todo el personal.	REFERENTE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Numero de Reportes entregados / Número de Reportes Programados	2020/03/01	2020/12/31	Continuo	2. Actas de Socialización del Personal y Registro Fotográfico	100%	Durante el segundo trimestre se envía correo electrónico masivo a todo el personal con capacitación para el reporte de SIVISALA. Se realizan los 3 reportes mensuales, dando un cumplimiento del 50% de los reportes a la fecha para el año.
														Seguimiento al Reporte				2020/03/01	2020/12/31	Continuo		
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%	Para el segundo trimestre se logra articular el Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo con las diferentes áreas, evidenciando el compromiso de la alta gerencia con la ejecución de actividades enfocadas a la prevención, bienestar y salud de los colaboradores, se contrata a profesional de apoyo a fin de garantizar la cobertura y acompañamiento en todos los centros de trabajo de la ESE Hospital Mario Galán Vargas. Se establecen y adquiere controles de ingeniería que permiten controlar el riesgo en la fuente como capsulas y cabinas de aislamiento usadas en zonas generadoras de aerosoles que permiten la protección de los profesionales de la salud y de los pacientes.



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2020

N°	SUBGERENCIA	TIPO	RIESGO	CAUSA	CONSECUENCIAS			ANÁLISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			INDICADOR	PLAZO				REGISTRO DE EVIDENCIA	SEGUNDO TRIMESTRE	
					CONFIDEN- CIALIDAD DE LA INFORMACI- ÓN	IMPACTO DE CREDIBIL- IDAD 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	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 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 cómputo y la Política de tratamiento y protección de datos personales, además del registro de bases de datos ante la SIC. Se alcanza un cumplimiento del 40% en la Actualización del Inventario de Activos de Información, con base al documento generado con corte al 31.12.2019
9	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No dar cumplimiento con la implementación de Gobierno en Digital y con los requisitos del portal interactivo.	1. Fallas en la publicación de la página web	2	4	2	3	5	5	Extremo	1. recepción y clasificación de toda la información a publicar	Asumir y Transferir	Actualización permanente de la página web y la intranet. De acuerdo a los requisitos del portal interactivo para gobierno Digital	REFERENTE 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 mantiene un cumplimiento del 86% en el reporte de información institucional, según la matriz de cumplimiento de la Ley 1712, 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. Se realiza la actualización del link de política de privacidad, según normatividad. Dando un alcance del 100% con respecto a la meta establecida.
10	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	Fallas en el Cumplimiento del Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y la Comunicaciones PETIC	1. Desconocimiento del PETIC	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 60% de cumplimiento de las Actividades establecidas en el PETIC, lo que corresponde a 6 de 10 actividades programadas.
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 mantiene un cumplimiento del 75% (3/4) en las actividades establecidas en el 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 la depuración de cartera de CONVIDA de vigencia 2019 permitiendo determinar la cartera sin partida presupuestal para iniciar el proceso de conciliación ante SUPERSALUD. Se obtuvo un recaudo significativo de la cartera adeudada por COOSALUD vigencia 2019 mediante la resolución 619 expedida por el MINISTERIO DE SALUD por compra de cartera valor recaudado \$ 1.387 millones y por ECOOPROS \$ 587 millones de los cuales pago vigencia 2019 la suma de \$ 506 millones. Se aclara que en el mes de Abril del 2020 se ajustó la suma de \$ 820.901.404 que se recuperaron en el I trimestre del 2020 pero que por carencia de soportes en su momento por parte de la EAPBS se tomo como recuperación cartera actual vigencia 2020
13	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	Operativo	No Lograr el recaudo y depuración del 40% de cartera de la vigencia 2016 hacia atrás	1. No contar con los soportes para realizar las respectivas cuentas de cobro 2. deficiencia en la gestión	4	4	3	2	3	3	Alto	gestión ante las EAPB	Asumir	Continuar con el proceso de depuración de cartera con las EAPB	REFERENTE CARTERA	Valor de recaudo de cartera > 360 días / Valor de la cartera > 360 días establecida a 31 de diciembre de 2018 (balance)	2020/03/01	2020/12/31	Continuo	Continuar con el proceso de depuración de cartera con las EAPB	75%	Se obtuvo depuración de cartera con convida de vigencia 2016. El indicador de recuperación acumulado asciende a Junio del 2020 al 14% se estima que con las actividades a realizar en el III trimestre del 2020 se obtenga una recuperación de cartera.
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 programadas (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 segundo trimestre fue posible cerrar los meses de Marzo, Abril y Mayo 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 en el mes de abril no obstante se cuenta con un 37,04 % del cumplimiento de la meta y puede que durante el tercer trimestre se encuentre programado por ejecutar en el mes de Julio 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 al manejo del programa de gestión 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. Igualmente se dio inicio al proceso de transferencias documentales, lo cual hace parte del programa documental adelantando, cumpliendo con el 100% de la meta programada para el II trimestre y con un acumulado del 35,71% 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	67%	La contratación de mano de obra de las áreas misionales y administrativas, se amplió para cubrir los servicios hasta el mes de Septiembre de 2.020, con una ejecución a junio del 62,2%. Para el grupo de GASTOS GENERALES, se celebraron contratos con un cumplimiento inicial de nueve y seis meses, respectivamente, con una ejecución total a junio del 64,6%. En el grupo de GASTOS DE OPERACION COMERCIAL, que incluye medicamentos y los insumos médico quirúrgicos, alimentos y los servicios operados por terceros, se contrataron servicios para nueve meses, y se adicionaron, con recursos resultantes del cierre de la vigencia 2.019, alcanzando una ejecución total del 73,4%. La ejecución global del PAA, al finalizar el segundo trimestre 2.020, en los tres grupos del Gasto, es del 67,0% 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	57%	Se envió a Calidad para su codificación, firma y publicación. El 01 de junio se certificaron las vacantes existentes. Se cumplen con 1 actividades del planteada para el trimestre, es decir un 100% y se reprograma la publicación para el siguiente trimestre, dando un acumulado al año del 57% de la meta del indicador.



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2020

N°	SUBGERENCIA	TIPO	RIESGO	CAUSA	CONSECUENCIAS			ANÁLISIS				CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			INDICADOR	PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	SEGUNDO 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	ANÁLISIS
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	67%	Se realizó e envío a Calidad y está pendiente para codificación y publicación en la intranet; se certificó las vacantes con corte a 16 de ABRIL de 2020, cumpliendo con la actividad planteada para el trimestre en un 100% con la socialización en macrocomité, dando un acumulado al año del 67% 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	50%	Se realizó la digitalización de 380 historias laborales de personal retirado avanzando con las letras A y b quedando pendiente avanzar desde la C hasta la z. Se certificó que los 75 funcionarios activos se encuentran inscritos en SIGEP dando un cumplimiento del 100% de las actividades planteadas para el trimestre, un 50% 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	60%	Se ejecutan las actividades programadas migrando a la capacitación virtual, adicional a actividades no programadas con foco en el afrontamiento institucional ante el covid 19. Se realizaron 31 capacitaciones en el trimestre cumpliendo con el 97% del indicador, un acumulado al año del 60% 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	43%	Se ejecutaron las actividades conforme el cronograma, es decir se realizó de forma mensual la publicación en carteleras y fondos de pantalla los cumpleaños de los funcionarios y en el mes de mayo se realizó adicionalmente la celebración del día de la enfermería y en junio el día del funcionario público dando incentivos a los colaboradores de la E.S.E., dando un cumplimiento del 83,33% de las 6 actividades planteadas, y un acumulado al año del 43% del cronograma.
78%																						
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	ingeniera Ambiental	No. De auditorias de HC realizadas *100 / No. Auditorias programada	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	Informe de auditoria	100%	Se ejecuta el segundo trimestre de las 3 auditorias programadas de los meses de abril, mayo y junio de 2020, se auditaron 316 historias clinicas en el trimestre, 105 en el mes de abril, 105 en el mes de mayo y 106 en el mes de junio, obteniendo un resultado de adherencia a la guía practica de Hipertensión Arterial del 93% lo que se evidencia que los profesionales cumplen adecuadamente con los parámetros establecidos de la Historia Clínica. Dando así cumplimiento al 50% de la ejecución de las auditorias programadas para la vigencia 2020.
																				89%	Para el segundo trimestre del año 2020 se realizó auditoria a 240 historias clinicas correspondientes a atenciones de usuarios con diagnósticos de Diabetes Mellitus. Para el mes de Abril se auditaron 76 hc, en Mayo 80 y en Junio 84 según la formula estadística implementada en dicha auditoria. Se obtuvo para este periodo una adherencia del 89% a la guía de practica clinica y formulación de plan de mejoramiento a los funcionarios con porcentajes menores al 89%.	
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		Número de pacientes con cifras tensionales inferiores a 140/90 mm Hg en el ultimo trimestre * 100/ numero de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial reportados que asisten a control.	2020/02/28	2020/12/31	Continuo	Informe de auditoria	84%	Durante el segundo trimestre 2020 se logra cumplir la meta institucional del 84% gracias al trabajo articulado de la IPS y las EAPs en cuanto al reporte de matriz de riesgo Covid 19 con la cual se garantiza la entrega de tratamientos farmacológicos a domicilio lo que garantiza la continuidad de tratamientos, teniendo así un promedio de 860 usuarios con cifras tensionales en parámetros normales durante la vigencia abril-junio 2020.
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 I semestre 2020 la IPS Hospital Mario Gaitán Yanguas ha venido fortaleciendo la implementación de la RPMs en la cual se establece la obligatoriedad de la consulta de consejería en lactancia materna la cual se realiza a partir del puerperio inmediato y se fortalece desde el 1 control de Cyd el cual se verifica esta asesoría y canalización a la misma de ser necesario.
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 II trimestre del año se obtuvo un cumplimiento del 91%, logrando la meta establecida al 100%, como resultado de la canalización y seguimiento efectivo de las usuarias con resultado de citología positivo. El laboratorio clínico continuo 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 canalice la usuaria oportunamente. De igual manera estos resultados críticos son notificados a las EAPs correspondiente con el fin de articular la canalización y seguimiento de la usuaria. Dentro de los diagnósticos críticos de citología se encuentra en primer lugar ASCUS con 15 reportes, LEIGB 20 reportes, LEIBG + VPH 1 reportes, ASC-H 3 reportes y Anormalidades en células epiteliales glandulares sin especificación 4 reporte. Para un total de 43 resultados críticos de citologías.



MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2020

N°	SUBGERENCIA	TIPO	RIESGO	CAUSA	CONSECUENCIAS				ANALISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO				PLAZO				SEGUNDO 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	INDICADOR	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PERIODO DE SEGUIMIENTO	REGISTRO DE EVIDENCIA	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 Cárdenas 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	100%	Se ha logrado articular el trabajo para la implementación de los 10 pasos de la Estrategia con el Proceso de las TICs a nivel institucional. Cada vez se capacita se ve la participación cada vez mayor de los funcionarios de los diferentes procesos. Se han implementado otras metodologías de capacitación vía zoom para la participación activa de los funcionarios en el Proceso de capacitación, desde sus casas. Para este segundo trimestre se realizaron 4 actividades de capacitación con una cobertura total de 172 funcionarios de los procesos asistenciales y administrativos cuya nota promedio del pretest fue de 8.3, la cual mejoró después de la capacitación, cuya nota promedio del posttest fue de 9.53 y 579 educaciones a madres gestantes y lactantes de los servicios sala de partos, ginecobstetricia, salas de cirugía y neonatos de pediatría.	
96%																						
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%	Se identifica un aumento en la notificación, en relación a las actividades propuestas para BAI con un reporte en SIVIGILA de 772 eventos para este trimestre donde se evidencia con mayor frecuencia la notificación por el nuevo virus el cual se ve en aumento desde el mes de abril, seguido de los eventos de violencia intrafamiliar y agresión por animal por de rabi.
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 publica 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 publica	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 realiza para este trimestre la notificación de 9 casos una diferencia de 28 casos menos que el mismo periodo del año 2019; sin embargo debe ser tenida en cuenta las medidas tomadas a nivel municipal y departamental en el marco de la pandemia, que generan la disminución de las personas a los servicios de urgencias por este evento, sin querer decir con esto que el evento haya disminuido en presencialidad, este aumento se refleja en las estrategias de línea telefónica y grupos de apoyo.
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%	Se identifica un aumento en la notificación, en relación a las actividades propuestas para BAI con un reporte en SIVIGILA de 772 eventos para este trimestre donde se evidencia con mayor frecuencia la notificación por el nuevo virus el cual se ve en aumento desde el mes de abril, seguido de los eventos de violencia intrafamiliar y agresión por animal por de rabi.
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%	Se da alcance a los criterios normativos de la resolución 3100/2019 y 2003 de 2014 y fortalecimiento de los procesos institucionales con el cumplimiento de criterios mínimos de habilitación, adicionalmente se realiza el reporte de novedades de habilitación ante el REPS con el fin de dar continuidad a la prestación de servicios de salud y de dar respuesta a las directrices del Ministerio en materia de habilitación, se realiza el seguimiento a la ejecución de las actividades programadas dentro del plan de sostenibilidad el sistema único de habilitación para los cual se evidencia un acumulado de 95 acciones programadas y ejecutadas para el segundo trimestre y pendientes por ejecutar un total de 22 acciones.
31	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Estratégico	No generar un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	1. Desconocimiento de la normatividad 2.No contar con el personal necesario para realizar los planes de mejoramiento	4	2	1	3	4	2	alto	seguimiento a las actividades del plan de mejoramiento continuo	Asumir y Compartir	formulación y ejecución del PAMEC, basado en la ruta crítica establecida en las pautas para la auditoría para el mejoramiento de la calidad.	referente de y habilitación	# acciones implementadas del PAMEC *100 /# total de acciones propuestas del PAMEC	2020/02/28	2020/12/31	continuo	2. Actas de Socialización y Registro Fotográfico	75%	Durante el mes de Abril se dio cierre al Proceso de Autoevaluación de cada uno de los enfoques del PAMEC. Es importante tener en cuenta que en concordancia con las directrices del área de control, inmerso en el PAMEC se hará seguimiento continuo a las estrategias para la Contención Institucional por SARS-CoV-2. Asimismo, durante el mes de Mayo se dio cumplimiento a la Selección de Procesos y a la priorización de los mismos. Durante el mes de Junio se realizó la definición de la calidad esperada vs. la calidad observada, lo cual permite que en el mes siguiente y de acuerdo al cronograma establecido se empiece a elaborar el plan de acción. Para el cierre del II Trimestre del año 2020, se cumplió con la ejecución de las 5 actividades planteadas de acuerdo al cronograma. Actualmente llevamos un 75% de cumplimiento en el presente indicador.
32	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Operativo	No realizar mediciones de satisfacción de los usuarios	1. Fallos en el Proceso de Inducción y Reinducción del Personal 2. Insuficiencia de Recurso Tecnológico	5	5	5	5	3	5	Extremo	implementacion formato de encuesta de satisfaccion	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 II Trimestre de 2020, se aplicación 4272 encuestas mediante el Instrumento actualizado en los diferentes servicios y Puestos de Salud del HMGY, obteniendo un indicador global de 97% de satisfacción entre los usuarios.
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 fechos en trato digno y calidad inform 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 de las PQRSDF. Abril 36 PQRSDF Mayo 84 PQRSDF Junio 43 PQRSDF Al cierre del trimestre se evidencia un cumplimiento del 100% sobre la meta proyectada para el periodo reportado, con un indicador trimestral de 2,94 días de respuesta a las PQRSDF.

MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS VIGENCIA 2020

N°	SUBGERENCIA	TIPO	RIESGO	CAUSA	CONSECUENCIAS			ANÁLISIS			CONTROLES EXISTENTES	MANEJO			INDICADOR	PLAZO			REGISTRO DE EVIDENCIA	
					CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	IMPACTO DE CREDIBILIDAD E IMAGEN	IMPACTO LEGAL	IMPACTO OPERATIVO	PROBABILIDAD	IMPACTO		NIVEL	OPCIÓN DE MANEJO	ACCIÓN		RESPONSABLES DE LA ACCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN		PERIODO DE SEGUIMIENTO
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

SEGUNDO TRIMESTRE SEGUIMIENTO 2	
RESULTADO DEL INDICADOR	ANÁLISIS
100%	Para el mes de abril se establecieron 8 actividades, las cuales se desarrollaron en su totalidad (Comité de seguridad del paciente, Socialización y evaluación de adherencia a practicas seguras, Rondas de seguridad del paciente sede asistencial y Seguimiento a indicadores de Centros y puestos); En el mes de mayo se establecieron 8 actividades, las cuales se desarrollaron en su totalidad, (Comité de seguridad del paciente, Socialización y evaluación de adherencia a practicas seguras, Capacitaciones a contratados por terceros, Rondas de seguridad del paciente, Actualización del formato de reportes de sucesos de seguridad, Rondas de seguridad en centros y puestos, Seguimiento a indicadores de Centros y puestos, socialización de adherencia), para el mes de junio se establecieron 7 actividades las cuales se desarrollaron en su totalidad, (Comité de seguridad del paciente, Socialización y evaluación de adherencia a practicas 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 96%. Al corte se tiene un cumplimiento del 100% del cronograma trimestral, acumulando un 48% al cronograma anual 2020.
100%	Desarrollo de las estrategias del programa de humanización, e implementación de nuevas actividades enfocadas a mejorar la atención y la experiencia en la institución en torno a la contingencia de la pandemia por el covid19. Socialización de las actividades realizadas en el comité mensual de humanización. Cierre del II trimestre del 2020 con un porcentaje de cumplimiento del 92% y en acumulado del 46.6% del cronograma anual.
86%	

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA	78%
SUBGERENCIA COMUNITARIA	96%
SUBGERENCIA CIENTIFICA	86%
AVANCE TOTAL	86%