



HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E

MATRIZ MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

AÑO: 2017

Table with 15 main columns: PROCESO, ANALISIS CONTEXTO ESTRATEGICO, IDENTIFICACION DEL RIESGO, ANALISIS DEL RIESGO, VALORACION DEL RIESGO, INTERVENCION Y SEGUIMIENTO, and OBSERVACIONES. It contains detailed risk assessment data for various institutional processes.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E

MATRIZ MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

AÑO: 2017

PROCESO	1. ANALISIS CONTEXTO ESTRATEGICO		2. IDENTIFICACION DEL RIESGO				3. ANALISIS DEL RIESGO				4. VALORACION DEL RIESGO				5. INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO				OBSERVACIONES PRIMER SEMESTRE SEPTIEMBRE DE 2017				
F. Interno	No se suscriben planes de mejoramiento en la Oficina de Control Interno (afecta el seguimiento y evaluación de los planes)				Defensor de Imagen Institucional					POLITICA DE HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD POL-DG-001	Preventivo	1	0							Mediante la actualización de los estándares de Acreditación, se estableció como plan de mejora la actualización de la Política / Programa de Humanización de la Atención. Actividad que se encuentra en proceso. Se anexa como evidencia plan de mejora de Acreditación, informe de indicadores de la Resolución 0256/2016			
	Prestación no segura de la atención debido a la falta de adherencia a prácticas seguras de atención del paciente									PROGRAMA DE HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD PRG-DG-001	Preventivo	1	0								Se evidencia informes y actas de asistencia seguimiento mediante los comités al programa de Hemovigilancia y Reactivogilancia se operativiza permanentemente mediante		
	Deficiencia presupuestal para el mantenimiento de los programas de seguridad y humanización de la atención									COMITES INSTITUCIONALES de Farmacia y Terapéutica, Seguridad del Paciente, Ética Hospitalaria, Transmisión Infecciosa e Historias Clínicas	Preventivo	1	0								El programa de Farmacovigilancia y Toxicovigilancia se operativiza permanentemente y se realiza seguimiento mediante los comités, se evidencia informes y actas relacionadas.		
	Gestión ineficaz de los eventos adversos reportados									PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS	Preventivo y Correctivo	0	1								El seguimiento a reporte y gestión de eventos adversos se realiza permanentemente, se anexan informes y actas relacionadas. Este reporte se realiza trimestralmente a la plataforma PRCIS del sistema SISPRO. Resolución 0256/2016		
ESTRATEGICO / MEDICINA	No existen o no se conocen procedimientos y responsabilidades para el reporte de información		4	REPORTE DE INFORMACION FUERA DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS	La institución no presenta reporte de información a los entes de control en los tiempos Normativos	Cumplimiento	Sanciones	Posible (3)	Mayor (4)	E: Zona de Riesgo Extrema	NORMOGAMA INSTITUCIONAL	Preventivo	0	0	Posible (3)	Mayor (4)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Elaborar y desplegar matriz de información institucional para el envío y reporte de información a entes de control	Oficina Planeación	Junio de 2017	Oportunidad en el reporte de información a Entes de Control (Decreto 2183, Circular Única Circular 030, RCL, INVIVA y otros)	A la fecha no se ha construido la matriz
	No se cuenta con un Sistema de Información Integrado (Estratégico-Misional-Financiero-Administrativo y Control)	Estandarizar responsabilidades y procedimientos para reporte de información a entes de control																	Oficina Planeación	Agosto de 2017	A la fecha no se observa avance en la actividad		
	Incumplimiento por parte de los procesos institucionales de los tiempos establecidos para el envío de la información	Controlar el cumplimiento (seguimiento) de los tiempos de envío o reporte de información (institucional)																	Oficina Planeación Oficina Control Interno	Mensual	Se evidencian los seguimientos a la Rendición de Cuentas en Línea, RCL. Desde la Oficina de Planeación cada mes mediante correo se aplica la información a los diferentes procesos. Se observa registro de recepción, responsables y pendientes de información elaborado como mecanismo para controlar la entrega de la información por parte de los procesos para los diferentes reportes a entes de control. Adicionalmente se observan registros de asistencia de las visitas a los procesos. A la fecha los reportes a entes de control (interno y externo) se han realizado dentro de los tiempos de ley.		
	Falta de monitoria y seguimiento por parte de líderes de procesoria de la información que debe ser reportada por su equipo de trabajo	Controlar el cumplimiento (seguimiento) de los tiempos de envío o reporte de información (por los procesos)																	Oficina Planeación Oficina Control Interno	Mensual			
ESTRATEGICO / CAPACITACION	Falta de adherencia a política de comunicación pública		5	FALLAS EN LA COMUNICACION Y FLUJO DE LA INFORMACION INSTITUCIONAL	La información y comunicación institucional no funciona como eje transversal en el modelo de operación por procesos y la nueva estructura organizacional lo cual afecta de manera catastrófica el nivel de gestión institucional, el logro de los objetivos estratégicos y la satisfacción de partes interesadas	Estratégico / Tecnológico / Imagen	Pérdida de imagen corporativa Institución del usuario Sanciones No cumplimiento de políticas y lineamientos institucionales Incumplimiento normativo No logro de los objetivos institucionales Desinformación y falta en la orientación y comunicación al usuario Re procesos	Probable (4)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	POLITICA DE COMUNICACION PUBLICA POL-DG-003 (Política de Comunicación Institucional)	Preventivo y Correctivo	1	0	Posible (3)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Actualizar la Política de Comunicación Institucional	Gerencia General Oficina Comunicaciones	Enero - Diciembre de 2017	Plan de Comunicación HUV 2016 Implementado Programa de Gestión Documental HUV Implementado Sistema de Información Integrado DARUMA No. Personal Capacitado en DARUMA	A la fecha no se observa avance de la actividad
	Falta de planificación de la comunicación institucional (Plan de comunicación institucional)	Promover el uso adecuado de canales internos de comunicación																	Gerencia General Oficina Comunicaciones	Enero - Diciembre de 2017	A la fecha no se observa avance de la actividad		
	Medios internos de comunicación desactualizados	Formular e implementar el Plan de Comunicaciones HUV																	Gerencia General Oficina Comunicaciones	Enero - Diciembre de 2017	La fecha se observa que la introducción no tiene definido el plan de comunicaciones para la vigencia		
	No existe área/proceso de comunicaciones en la institución	Implementar proyecto para diseño de Página web institucional con cumplimiento de requisitos de gobierno en línea																	Subgerencia Administrativa	Enero - Diciembre de 2017	Esta actividad se encuentra atrasada		
	Estrategia de Gobierno en línea sin implementar	Fortalecer el despliegue en el manejo del software (Capacitar al personal en manejo de Modulo Documente)																	Oficina Calidad	Enero - Diciembre de 2017	A la fecha no se observa avance de la actividad		
	No hay un despliegue de la información y comunicación en todos los niveles de la institución	Fortalecer la utilización de los formatos de comunicación interna y externa y desplegar el funcionamiento de la Ventanilla Única																	Gerencia Administrativa	Junio de 2017	Se está adelantando capacitación a los funcionarios por áreas para que entiendan la importancia de la ventanilla única y su utilización.		
MISIONAL	Personal en práctica asistencial sin supervisión		6	ACCIONES O DECISIONES EQUIVOCADAS O PERTINENTES EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES	Se presenta durante la atención, cuando se cometen errores derivados de que no se cuenta con la supervisión, competencia, formación o adherencia del personal a guías y procedimientos estandarizados institucionalmente, también se puede presentar cuando no se dispone de los insumos necesarios para la prestación del servicio.	Operativo	Eventos adversos e incidentes Mortalidad Complicaciones Deterioro de la condición clínica del paciente	Probable (4)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	REVISTA CLINICA RECIBO, ENTREGA DE TURNO Y REVISTA MEDICA PR-DS-001	Preventivo y Correctivo	1	0	Posible (3)	Mayor (4)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Actualizar y socializar procedimiento de Revista Clínica (Revista Médica 7:30 am)	Subgerencia de SSS	Junio de 2017	Documento Lineamiento Institucional Revista Médica 7:30 am Diligenciamiento de Formato de Rendición de Verificación % de adherencia a guías de práctica clínica para las primeras causas de mortalidad	Esta actividad se ha consolidado en el Plan de Mejora Acreditación
	Guías y procedimientos de práctica clínica desactualizados y con bajo despliegue	1. Implementar las Metodologías de análisis de riesgos, incidentes y eventos adversos 2. Implementar Planes de Mejoramiento derivados de análisis de casos 3. Realizar seguimiento a Planes de Mejoramiento									Subgerencia de SSS	Abril - Diciembre de 2017	La metodología para el análisis de riesgos, incidentes, eventos adversos se tiene consolidada en el DARUMA y socializada al personal de la institución.										
	Baja adherencia a guías de práctica clínica, protocolos de manejo, procedimientos, etc.	1. Actualizar guías y procedimientos clínicos por servicio 2. Fortalecer la adherencia a guías y procedimientos clínicos en todos los servicios de salud									Subgerencia de SSS	Abril - Diciembre de 2017	La evidencia se encuentra en el Daruma. Se anexa el listado de Guías controladas y socializadas y el listado de las que se encuentran en proceso.										
	Deficiencias en la calidad del registro clínico	Garantizar las pólizas de responsabilidad médica en los casos indicados									Oficina Jurídica (Para Personal Agremiado)	Abril - Diciembre de 2017	La actualización de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia científica se encuentra en proceso. Hasta el momento se tienen actualizadas, controladas y socializadas. 50 Guías de las diferentes especialidades médicas y 4 Guías de Estomatología. Se encuentran en proceso de actualización 56 Guías. La meta a Diciembre de 2017 es tener actualizadas, controladas y socializadas 100 Guías de Práctica Clínica.										
	Incumplimiento de perfiles y competencias en el talento humano contratado para la prestación del servicio	Garantizar las pólizas de responsabilidad médica en los casos indicados									Subgerencia Farmacia (Para Personal de Planta)	Abril - Diciembre de 2017	Las pólizas de responsabilidad médica en los casos indicados reposan y se encuentran disponibles para su consulta en el área jurídica.										
		Garantizar las pólizas de responsabilidad médica en los casos indicados									Subgerencia Farmacia (Para Personal de Planta)	Abril - Diciembre de 2017	Las pólizas de responsabilidad médica en los casos indicados reposan y se encuentran disponibles para su consulta en el área jurídica.										
		Garantizar las pólizas de responsabilidad médica en los casos indicados									Subgerencia Farmacia (Para Personal de Planta)	Abril - Diciembre de 2017	Las pólizas de responsabilidad médica en los casos indicados reposan y se encuentran disponibles para su consulta en el área jurídica.										

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E

MATRIZ MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

AÑO: 2017

PROCESO	1. ANALISIS CONTEXTO ESTRATEGICO	2. IDENTIFICACION DEL RIESGO	3. ANALISIS DEL RIESGO	4. VALORACION DEL RIESGO	5. INTERVENCION Y SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES PRIMER SEGUIMIENTO SEPTIEMBRE DE 2017																													
MISIONAL	F. Interno	Falta de oportunidad en la respuesta a interconsultas realizadas especialidades y subespecialidades	<p>FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ATENCION DE PACIENTES QUE REQUIEREN SERVICIOS EN AREAS ESPECIALIZADAS</p> <p>Pacientes en urgencias, Sala de Operaciones bloqueando quirófanos o en salas conectadas a ventilador, sin posibilidad de recibir en UCI</p> <p>Desarrollo de infecciones secundarias a los gérmenes intrahospitalarios</p> <p>Aumento en los días de estancia hospitalaria injustificada</p> <p>Aumento en los días de estancia hospitalaria injustificada</p> <p>Incremento en los índices de mortalidad en los pacientes que requieren equipos, medicamentos y dispositivos médico-quirúrgicos para su atención en salud</p>	<p>Casi Seguro (5)</p> <p>Catastrófico (5)</p> <p>E. Zona de Riesgo extrema</p>	<p>Preventivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>Modelo de Prestación de Servicios de Salud ESP-DG-005</p>	<p>Actualizar el Modelo de Prestación de Servicios de Salud, incluyendo atención en terapia intensiva</p> <p>Socializar el Modelo</p>	<p>Subgerencia de SSS</p> <p>Oficina Coordinación Terapia Intensiva</p>	<p>Octubre de 2016</p> <p>Julio de 2017</p>	<p>Modelo de Prestación de Servicios Actualizado</p> <p>Plan Anual de Adquisiciones</p>	<p>Se encuentra en proceso, ya que como debe dar cumplimiento a la normalidad en materia de salud, se está realizando en este momento la capacitación de los funcionarios Mónica Villalobos, Dora Lucia Pineda y Jhonny Zapata para que apoyen dicha actualización.</p> <p>La actualización de Modelos Prestación de Servicios de Salud de uno de los ámbitos de atención que se está realizando desde el análisis del riesgo institucional y desde la actualización de los estándares de Acreditación</p>																								
	F. Interno	Respuesta inoportuna ante la solicitud del programa domiciliario a las aseguradoras dueñas del paciente									<p>Operativo</p>	<p>Preventivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE COMPRAS Y SUMINISTROS POL-DG-018</p>	<p>Participar en la elaboración del plan de compras anual para evitar el desabastecimiento total de los insumos</p>	<p>Oficina Coordinación Terapia Intensiva</p>	<p>Permanente</p>	<p>Modelo de Prestación de Servicios Actualizado</p>	<p>Se evidencia copia de oficio remitida a la oficina del CIUJ y la Oficina Jurídica</p> <p>Esta actividad se realiza permanentemente para solucionar las estancias prolongadas en los casos de pacientes en Unidad Cuidado Intensivo y UCI, de oficio diligenciar. Para continuar con el proceso se está trabajando a su vez con los libros de proceso material y del CIUJ, la actualización del procedimiento de la sala de atención al usuario, que incluye el análisis de las condiciones sociales y de aseguramiento del paciente, para ser intervenidas oportunamente.</p>																	
	F. Interno	Brotos de infecciones intrahospitalarias por gérmenes multiresistentes																<p>Preventivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES</p>	<p>Elaborar solicitudes de insumos y hacer seguimiento</p>	<p>Oficina Coordinación Terapia Intensiva</p>	<p>Semanal</p>	<p>Modelo de Prestación de Servicios Actualizado</p>	<p>Se actualizaron las necesidades para el plan de compras, se remitió esta solicitud a la Oficina Coordinadora de Ayudas Diagnósticas y Terapéuticas, y posteriormente se piden las necesidades sociales. Se ha obtenido una mejoría para el abastecimiento de insumos a la fecha. Se ha participado en comités en dos ocasiones. Se remite evidencias copia de correspondencia y actas</p>											
	F. Interno	Falta de disponibilidad de camas para traslado de pacientes a salas de hospitalización																						<p>Preventivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>CRITERIOS DE INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO Y A LA UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO BPC-UT-008</p>	<p>Realizar análisis al Funcionamiento de la Red de Atención en Salud</p>	<p>Oficina Coordinación Terapia Intensiva</p>	<p>Semanal</p>	<p>Modelo de Prestación de Servicios Actualizado</p>	<p>Se notificación de la no obtención de pedidos se canalizará a través de oficina de suministros y coordinación de apoyo diagnóstico y terapéutico</p>					
	F. Interno	Falta de oportunidad en el servicio de banco de sangre (No disponibilidad de hemoderivados ante la demanda que genera UES)																												<p>Preventivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>Realizar seguimiento a cumplimiento (adherencia) de lineamientos de la Guía</p>	<p>Subgerencia de SSS</p> <p>Oficina Coordinación Terapia Intensiva</p>	<p>Mensual</p>	<p>Modelo de Prestación de Servicios Actualizado</p>	<p>El Hospital tiene estandarizada la Guía de Referencia y Contrareferencia, la cual establece la articulación del CRVC con el CRUE para todo lo relacionado con la atención de los pacientes. Antes de este plan de trabajo se asignó los cupos de UCI para la atención del paciente crítico que proviene de la Red. La evidencia las constan las actas del CRVC.</p>
	F. Interno	Falta de disponibilidad de equipos, medicamentos o material médico-quirúrgico requiriendo para la admisión de pacientes																																	<p>Preventivo</p> <p>1</p> <p>1</p>
F. Externo	Perfiles o cargos con poca oferta en el mercado	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>EVALUACION DEL DESEMPEÑO PR-RH-002</p>	<p>Realizar la evaluación de desempeño de los empleados de carrera en los tiempos establecidos</p>	<p>Gerente, Subgerentes y Jefes de Área</p>	<p>Julio-diciembre: Implementación</p>	<p>Evaluaciones de Desempeño</p>	<p>Se está implementando y se está haciendo su verificación con el último ingreso del colaborador a la institución.</p>																											
F. Interno	Desactualización de los Manuales de Funciones y Competencias Laborales							<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>SEGUIMIENTO Y SUPERVISION A LOS CONVENIOS DOCENCIA SERVICIO</p>	<p>Realizar seguimiento y supervisión de convenios docencia servicio</p>	<p>Subgerencia de SSS</p> <p>Oficina Coordinación Académica</p>	<p>Abril - Diciembre de 2017</p>	<p>Cumplimiento de convenios docencia servicio</p>	<p>Las evaluaciones de desempeño se realizan oportunamente en un 100%. Las evaluaciones de los funcionarios de las áreas de Sistemas y de Archivo se están entregando a la fecha de este seguimiento.</p>																					
F. Interno	Demora en el proceso de selección por parte de las asociaciones gremiales	<p>Operativo</p>	<p>Probable (4)</p> <p>Mayor (4)</p> <p>E. Zona de Riesgo Extrema</p>	<p>Probable (3)</p> <p>Moderado (3)</p> <p>A: Zona de Riesgo Alta</p>	<p>Reducir el Riesgo</p>	<p>Realizar seguimiento y supervisión de convenios docencia servicio</p>	<p>Oficina Atención al Usuario (Auxiliar Administrativo Atención al Usuario)</p>							<p>Abri - Diciembre de 2017</p>	<p>Desde la Subgerencia de Servicios de Salud, se trabaja articuladamente con el proceso Docencia Asesoria y Extensión para el seguimiento de los convenios Docencia Servicio, específicamente con el convenio establecido con la Universidad del Valle, participando de los COCA y desarrollando acciones de mejoría orientadas a la seguridad del paciente y el cumplimiento de la normatividad aplicable. Se establece mediante resolución el número de horas de práctica diaria y semanal que deben realizar los estudiantes en formación, se socializa con Directivos, Docentes, Estudiantes de la Universidad del Valle y los colaboradores del Hospital. Este ajuste hace que se reorganice el esquema de turnos de los residentes. Sumado a lo anterior, el proceso Docencia Asesoria y Extensión realizó auditoría de convenios, lo cual derivó acciones de mejora que se están implementando.</p>																				
F. Interno	Deserción de personal							<p>Cumplimiento</p>	<p>Casi Seguro (5)</p> <p>Moderado (3)</p> <p>E. Zona de Riesgo Extrema</p>	<p>Probable (4)</p> <p>Moderado (3)</p> <p>A: Zona de Riesgo Alta</p>	<p>Reducir el Riesgo</p>	<p>Fortalecer la Gestión de la respuesta a PQRSF Con capacitaciones personalizadas en el manejo operativo de la herramienta tecnológica Cross, generalidades de la Ley 1755 de 2015 Derecho de Petición, generalidades del procedimiento de PQRSF</p>	<p>Oficina Atención al Usuario</p>		<p>Abri - Diciembre de 2017</p>	<p>Presenta planilla con recibido de planeación</p>																			
F. Interno	No generar consolidados permanentes de PQRSF pendientes de respuesta.	<p>Demanda por incumplimiento a normas legales y de manera merita las diferentes modalidades de peticiones (PQRSF), como lo establece el Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones, de la Ley 1437 DE 2011. Por la cual se expone el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Institucional Administrativo</p> <p>Perdida de imagen y credibilidad institucional</p> <p>Acciones judiciales (Derecho de petición, demanda, tutela)</p> <p>Institución del usuario</p> <p>Perdida de imagen corporativa</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>CONSOLIDADOS PERMANENTES DE PQRSF (Pendientes de respuesta)</p>	<p>Realizar Consolidados permanentes de PQRSF pendientes de Respuesta</p>	<p>Oficina Atención al Usuario (Auxiliar Administrativo Atención al Usuario)</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>							<p>La oficina de atención al usuario presenta informe del consolidado hasta el mes de julio</p>																					
F. Interno	Falta de seguimiento al 100% de PQRSF registradas en la Herramienta Tecnológica "Cross".							<p>Desconocimiento de los procedimientos de atención al usuario por alta rotación del recurso humano (personal en formación y personal operativo)</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>SEGUIMIENTO TRIMESTRAL A LA GESTIÓN DE PQRSF SEGUIMIENTO AL 100% DE PQRSF REGISTRADAS (Cross, E-mail, Personalizados, Oficinas Internas, Telefónico)</p>	<p>Hacer Seguimiento a 100% de PQRSF registradas en el Cross, a través de E-mail, Personalizados, Oficinas Internas, Telefónico</p>	<p>Oficina Atención al Usuario (Profesional Universitario, Auxiliares Administrativos Atención al Usuario)</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>	<p>Presenta consolidado con fecha septiembre 07 del 2017</p>																					
F. Interno	Falta de actualización, difusión o adherencia a los procedimientos de información y atención al usuario	<p>Presenta planilla con recibido de planeación</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>CONSOLIDADOS MENSUALES DE PQRSF E INDICADORES</p>	<p>Realizar Consolidados mensuales de PQRSF e indicadores</p>	<p>Oficina Atención al Usuario (Profesional Universitario Atención al Usuario)</p>	<p>Mensual</p>							<p>Presenta planilla con recibido de planeación</p>																					
F. Interno	Fallas en el análisis de la información y establecimiento de planes de mejoramiento, frente Atención al Usuario.							<p>Presenta planilla con 60 personas capacitadas en manejo operativo de la herramienta tecnológica y generalidades del procedimiento</p>	<p>Preventivo y Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>PROCEDIMIENTOS PARA LA INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO</p>	<p>Fortalecer la Gestión de la respuesta a PQRSF Con capacitaciones personalizadas en el manejo operativo de la herramienta tecnológica Cross, generalidades de la Ley 1755 de 2015 Derecho de Petición, generalidades del procedimiento de PQRSF</p>	<p>Oficina Atención al Usuario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>	<p>Presenta planilla con 60 personas capacitadas en manejo operativo de la herramienta tecnológica y generalidades del procedimiento</p>																					
F. Interno	Inexistencia de sistema de consecuencias	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO FORMULADOS PARA LA ATENCION AL USUARIO</p>	<p>Evaluar de manera independiente la atención e información al ciudadano y retroalimentar resultados</p>	<p>Oficina Control Interno</p>	<p>Semestral</p>	<p>Oficina Atención al Usuario</p>							<p>Oportunidad de la gestión de PQRSF</p> <p>% PQRSF resueltas dentro del término</p>																					
F. Interno	No contar con controles informáticos de acceso a la información /							<p>Software CROSS</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO FORMULADOS PARA LA ATENCION AL USUARIO</p>	<p>Fortalecer el seguimiento a la gestión y a los planes de mejoramiento de PQRSF</p>	<p>Subgerencia Administrativa</p> <p>Oficina Atención al Usuario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>	<p>Esta hecho el diagnóstico y los planes pero hay poca efectividad</p>																					
F. Interno	Falta de implementación del procedimiento de entrega de puesto de trabajo (información)	<p>Correctivo</p> <p>0</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Oficina Atención al Usuario</p>	<p>Trimestral</p>	<p>Oficina Atención al Usuario</p>							<p>Esta hecho el diagnóstico y los planes pero hay poca efectividad</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información							<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO FORMULADOS PARA LA ATENCION AL USUARIO</p>	<p>Fortalecer el seguimiento a la gestión y a los planes de mejoramiento de PQRSF</p>	<p>Subgerencia Administrativa</p> <p>Oficina Atención al Usuario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>	<p>Se evidencian dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	No contar con controles informáticos de acceso a la información /	<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO FORMULADOS PARA LA ATENCION AL USUARIO</p>	<p>Evaluar de manera independiente la atención e información al ciudadano y retroalimentar resultados</p>	<p>Oficina Control Interno</p>	<p>Oficina Atención al Usuario</p>							<p>La oficina de Atención al usuario ha remitido a Gerencia General las peticiones a las que no se les ha a dado respuesta, para a la fecha Control Disciplinario no ha recibido información al respecto para iniciar procesos disciplinarios.</p>																					
F. Interno	Falta de implementación del procedimiento de entrega de puesto de trabajo (información)							<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>	<p>Se evidencian dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información	<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>							<p>La oficina de Atención al usuario ha remitido a Gerencia General las peticiones a las que no se les ha a dado respuesta, para a la fecha Control Disciplinario no ha recibido información al respecto para iniciar procesos disciplinarios.</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información							<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>	<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información	<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>							<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información							<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>	<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información	<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>							<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información							<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>	<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información	<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>							<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información							<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>	<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información	<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>							<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información							<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>	<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información	<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>							<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información							<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>	<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información	<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>							<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información							<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>	<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información	<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>							<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información							<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>	<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información	<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>							<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información							<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>	<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información	<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>							<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información							<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>	<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información	<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>							<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información							<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>	<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información	<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>							<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información							<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE GESTION DE LA INFORMACION</p>	<p>Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento</p>	<p>Gerencia General</p> <p>Oficina Control Interno Disciplinario</p>	<p>Abri - Diciembre de 2017</p>	<p>Se evidencia dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia</p>																					
F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información	<p>Acceso a información alterada</p>	<p>Correctivo</p> <p>1</p> <p>0</p>	<p>POLITICA DE</p>																															



HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E

MATRIZ MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

AÑO: 2017

PROCESO	1. ANALISIS CONTEXTO ESTRATEGICO	2. IDENTIFICACION DEL RIESGO				3. ANALISIS DEL RIESGO			4. VALORACION DEL RIESGO				5. INTERVENCION Y SEGUIMIENTO				OBSERVACIONES PRIMER SEMESTRE SEPTIEMBRE DE 2017																			
APOYO	F. Interno	Incumplimiento de Normatividad relacionada (la Ley General de Archivos Ley 584 de 2000, Ley 1712 de marzo 2014 y Decreto Reglamentario 103 de 2015, etc.)	10	PERDIDA DE INFORMACION (VULNERABILIDAD DE LA INFORMACION)	Se presenta por manejo inadecuado o alteración de la información o por fallas en el control al acceso y su custodia	Operativo / Tecnología	Falta de oportunidad en el acceso y disponibilidad de la información Perdidas financieras Baja capacidad de respuesta al solicitudes Externas e Internas de información Pérdida de Credibilidad e imagen corporativa Demandas y Sanciones Legales, Económicas y Disciplinarias a la institución y funcionarios. Reprocesos en la Gestión.	Probable (4)	Catastrófico (5)	E. Zona de Riesgo Extrema	CLAVES Y PERFILES DE ACCESO DEFINIDOS	Preventivo	1	0	Posible (3)	Mayor (4)	E. Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Establecer y aplicar mecanismo de control y seguimiento del UTM	Oficina Gestión de la Información	Julio de 2017	Política de Gestión de la Información Copia de seguridad institucional externa implementada Tablas de Retención Documental aplicadas Sincronización de repositorios de información Sistema Sereniti realiza diariamente copia de seguridad a los servidores virtualizados en sus copia de los archivos. PACS tiene copia de seguridad externa. Para que el Hospital cuente con una solución completa se requiere que haya redundancia. Se cuenta con copia de seguridad externa solo para el sistema PACS (Ayudas Diagnósticas) Se evidencia contrato C17-202 para mantenimiento del tale autorizar, area del archivo No se ha avanzado en esta actividad. No se ha determinado la estructura organizacional definitiva														
	F. Interno	Insuficiencia de espacios y áreas para la custodia y conservación de los documentos (archivo central)																	Realizar Copias de Seguridad a los sistemas servidores del HUV	Oficina Gestión de la Información	Enero - Diciembre de 2017															
	F. Interno	No están implementadas las TRD debido a los cambios en la estructura organizacional																	Adquirir solución de antivirus licenciado de acuerdo a sistemas operativos	Oficina Gestión de la Información	Julio de 2017															
	F. Interno	Fallas de funcionarios autorizados en la reserva de claves personales de acceso																	Implementar una copia de seguridad institucional externa	Oficina Gestión de la Información Subgerencia Administrativa	Octubre de 2017															
	F. Externo	Virus Informático																	Desarrollar implementación de proyecto de infraestructura para archivo	Subgerencia Administrativa	Diciembre año 2017															
	F. Interno	No establecer perfiles ni dimensionar los permisos de acceso a la información a los usuarios finales																	Gestionar el diseño e implementación de las - Tablas de Retención Documental	Oficina Gestión de la Información Subgerencia Administrativa	Diciembre de 2017															
	F. Interno	Manipulación inadecuada o alteración de la información																																		
	F. Externo	Siniestros como robo, incendios, fallas eléctricas, catástrofes naturales, entre otros																																		
	F. Interno	Errores de Programación que alteren la información																																		
APOYO	F. Interno y Externo	Insuficiente recurso económico para pago oportuno a Proveedores	11	INCUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE BIENES Y SERVICIOS QUE REQUIEREN LOS PROCESOS PARA REALIZAR SU GESTIÓN	Los bienes y servicios solicitados por los procesos, no se despachan oportunamente o en la cantidad requerida, lo cual afecta el cumplimiento de los objetivos por proceso y a su vez la gestión institucional	Operativo	Falta de oportunidad en la atención del usuario No poder cumplir con los objetivos organizacionales	Casi Seguro (5)	Catastrófico (5)	E. Zona de Riesgo Extrema	COMITÉ DE COMPRAS	Preventivo y Correctivo	0	0	Probable (4)	Catastrófico (5)	E. Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Hacer análisis de Indicadores de Gestión del Proceso Medir la gestión del proceso Gestión de Suministros (Establecer reuniones operativas mensuales del área donde se haga seguimiento al cumplimiento de las actividades del plan de compras y necesidades de la institución)	Subgerencia Administrativa	Abril - Diciembre de 2017	No hay evidencia que se este cumpliendo en su totalidad con esta actividad.														
	F. Interno	Falta de Planeación del proceso Gestión de Suministros: procedimientos del proceso																	Actualizar Procedimientos de Gestión de Suministros	Subgerencia Administrativa	Junio de 2017	Oportunidad de los despachos % de cumplimiento de entrega de solicitudes														
	F. Interno	Falta de control y medición por parte del proceso de Gestión de Suministros																	Realizar seguimiento al cumplimiento del plan de compras y necesidades de la Institución.	Subgerencia Administrativa	Mensual	% de cumplimiento mensual del plan de compras No hay evidencia que se este cumpliendo en su totalidad con esta actividad.														
	F. Interno	Bienes que no cumplen con los requisitos técnicos exigidos por la institución																	Medir la oportunidad y calidad de los despachos	Subgerencia Administrativa	Semanal	No hay evidencia con que herramienta														
APOYO	F. Externo	Incumplimiento en los pagos de cartera	12	LIQUIDEZ (RECURSO ECONOMICO INSUFICIENTES PARA LA OPERACION DE LOS PROCESOS)	No contar con recursos económicos suficientes para la operación institucional	Financiero	No contar con los recursos financieros requeridos para soportar la operación. Incumplimiento de compromisos financieros Pérdida de imagen corporativa	Probable (4)	Catastrófico (5)	E. Zona de Riesgo Extrema	PROYECTO DE PRESUPUESTO	Preventivo	1	0	Posible (3)	Mayor (4)	E. Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Formular el Proyecto de Presupuesto	Subgerencia Financiera	Octubre de 2017	Se evidencia que la institución para el mes de octubre elaboró el proyecto de presupuesto.														
	F. Interno	Incumplimiento en la trazabilidad de facturas de prestación de servicios (Inconformidad Facturación)																	Realizar ejecución del Presupuesto Monitorear la Gestión de Facturación y Cobranzas	Subgerencia Financiera	Enero - Diciembre de 2017	Se evidencia que el presupuesto definitivo de la institución se ha ejecutado ingresos en un 79,4%.														
	F. Interno	Falta de ayudas ajenas al aplicativo de SERVINTE para el proceso de radicación																	CONCILIACION DE CIFRAS DE CARTERA	Correctivo	0	1	Con el recurso recuperado de las vigencias anteriores debe darse la destinación al saneamiento de pasivos, y con la recuperación de la vigencia presente la operación de lo corriente, esto se consigue con: 1. Realizar Conciliación permanente de cifras de cartera 2. Realizar Actas de Acuerdo de Pago 3. Realizar Notificación a los entes de control de los incumplimientos de pago de las entidades como mecanismo de coacción 4. Iniciar cobros coactivos de manera inmediata posterior al incumplimiento 5. Sesiones de Cartera con proveedores. 6. Participación de las resoluciones emitidas por el Ministerio y Superintendencia Nacional de Salud para el saneamiento de cartera. Ejemplo Compra de Cartera	Subgerencia General Subgerencia Financiera	Enero - Diciembre de 2017	Fortalecimiento de los Ingresos. Recuperación de cartera / Proyección de cartera vigencias anteriores = % Cumplimiento de recaudo proyectado para Presupuesto de ingresos 2016 Institución viene realizando las tareas de conciliación permanente de cifras de cartera se viene realizando actas de acuerdo de pago a más cobros coactivos de manera inmediata.										
	F. Interno	Deficiencias en los cargues de las atenciones (Facturación)																	ACTAS DE ACUERDOS DE PAGO	Correctivo	1	0	Saneamiento de Pasivos. % de conciliaciones realizadas de manera trimestral = cantidad de entidades conciliadas / número de entidades con cartera representativa													
	F. Interno	Inopuntualidad de actualización de validadores de RIPS de las diferentes entidades aseguradoras																	COBROS COACTIVOS INMEDIATOS AL INCUMPLIMIENTO	Correctivo	0	1														
APOYO	F. Interno	Poca conciencia ambiental (desinterés y falta de compromiso respecto al tema ambiental) / Desconocimiento del proceso y procedimientos ambientales	13	DAÑO AMBIENTAL Y EN LA SALUD	Se produce una alteración negativa en el ambiente debido a las prácticas inadecuadas en la institución y a la parcial o nula implementación de los planes, programas y estrategias de gestión ambiental	Operativo	Deterioro de la imagen corporativa Incremento de los costos institucionales en el manejo de residuos Afectación de la salud	Casi Seguro (5)	Catastrófico (5)	E. Zona de Riesgo Extrema	POLITICA AMBIENTAL POL-06-006	Preventivo	1	0	Probable (4)	Mayor (4)	E. Zona de Riesgo Extrema	Evitar y reducir el Riesgo	1. Evaluar la Política Ambiental Vigente 2. Actualizar, socializar e implementar Política Ambiental 2017	Oficina Gestión Logística y Ambiental	Julio de 2017 Agosto - Diciembre de 2017	Informe de Evaluación de la Política Ambiental Actualizada	Se evidencia acta de revisión y evaluación de la política Ambiental en formato, se la fecha se encuentra pendiente de revisión el PGM (PLAN INSTITUCIONAL DE GESTIÓN AMBIENTAL) por parte de la Universidad Autónoma de occidente debido a que este fue un proyecto de grado de los estudiantes de Ingeniería Ambiental de otros semestres.													
	F. Interno	Inadecuada gestión integral de los residuos generados en la atención en salud																	COMITE GAGAS	Preventivo y Correctivo	0	1	1. Hacer seguimiento al cumplimiento del comité de Gagas, cumplir cronograma de reuniones, verificar con las actas los compromisos del Comité.	Oficina Gestión Logística y Ambiental	Mensual	% Cumplimiento de Compromisos	Se evidencia actas de reunión de comité de GAGAS mensualmente, se tiene cronograma socializado a los integrantes del comité. Se evidencia seguimiento a los compromisos adquiridos en las reuniones.									
	F. Interno	Insuficiencia de recursos (económico, físico y humano) para la gestión integral ambiental																																		2. Se realiza seguimiento a la segregación de los diferentes áreas de la institución, el seguimiento a la Gestión de los residuos por parte de la Empresa de aseo y se realiza visita anual al Centro externo de resaca peligrosos. Se encuentra en proceso la aprobación de la orden de compra para la consecución de los recipientes de acuerdo al código de colores establecidos en el PGRASA.

