

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	OBSERVACIONES SEGUNDO SEGUIMIENTO DICIEMBRE DE 2017					
TIPO DE PROCESO (ESTRATEGICO MISIONAL APOYO CONTROL)	FACTORES	CAUSAS	N°	RIESGO	DESCRIPCION	CLASE DE RIESGO	EFECTOS (CONSECUENCIAS)	CALIFICACION		EVALUACION	CONTROLES EXISTENTES	VALORACION DEL CONTROL			CALIFICACION DEL RIESGO RESIDUAL		EVALUACION RIESGO RESIDUAL	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	INDICADOR DE LA ACCION			
								Probabilidad	Impacto			Zona de Ubicación (Riesgo Inherente)	Probabilidad	Impacto	Zona de Ubicación del Riesgo (Riesgo Residual)	Tipo de control									Cuadrantes a disminuir en la probabilidad
ESTRATEGICO/ CONTROL	F. Interno	Cumplimiento parcial de metas definidas en los planes institucionales	1	NO LOGRAR LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES	La institución no realiza de manera sistemática la medición y evaluación a la gestión de todos sus procesos, como tampoco al desempeño y mejoramiento de su sistema de control interno.	Estratégico	Falta de información para la evaluación de la gestión	Probable (4)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	METODOLOGIA DE PLANEACION INSTITUCIONAL ESP-PL-001	Preventivo	1	0	Posible (3)	Mayor (4)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Formular Plan de Desarrollo 2017 - 2019 Plan de Acción HUV 2017 Planes de Acción por Proceso HUV 2017 Socializar Mapa de Procesos y Organigrama 2017	Oficina Planeación	Marzo de 2017 Abril de 2017 Mayo de 2017	Plan de Desarrollo 2017 - 2019 Plan de Acción HUV por Proceso HUV 2017	1. Actividad cumplida 2. Actividad Cumplida 3. De los 18 procesos HUV 12 procesos que representan el 67% del total tienen formulado el plan de acción vigencia 2017. Procesos que a 06/02/2017 no tienen plan de acción: Hospitalización y Atención Especializada, Atención en Terapia Intensiva, Servicio Farmacéutico, Gestión de Ppto, contabilidad y costos, Gestión de Facturación, Cartera y Recaudado y Tesorería General. 4. Actividad cumplida	Se formulo plan de desarrollo 2017 2019 y Plan de acción institucional 2017, así como los planes de acción por proceso, los cuales tienen seguimiento a septiembre 2017	
	F. Interno	Cultura de Planeación Estratégica deficiente (formulación de planes, medición del cumplimiento de la estrategia institucional, planes, programas y proyectos)									Falta de oportunidad para la toma de decisiones de la alta dirección	AUDITORIAS INTERNAS	Preventivo y Correctivo	1				0	Ejecutar Programa Anual de Auditorias PAMEC Revisoría Fiscal Auditoria Interna de Gestión	Oficina Calidad Gerencia General Oficina Control Interno	Auditorias internas: Mayo - Diciembre de 2017 Revisoría Fiscal: Septiembre - Octubre de 2017	% de Cumplimiento de los Programas Anuales de Auditoria	1. A la fecha se tiene el seguimiento correspondiente al I Semestre 2017. Pendiente de presentar a la Gerencia General y publicar en medios institucionales. 2. A la fecha se está realizando el 1er seguimiento correspondiente al I semestre de la vigencia. 3. Se observa un seguimiento parcial del I y II trimestre, más a la fecha ya debería estar documentado el informe de seguimiento para presentarse a la Gerencia General.	el Plan de Desarrollo se ajusto y se cuenta un nuevo documento se paso de 5 líneas a 6. El ultimo seguimiento esta con corte a septiembre. El ultimo seguimiento y cierre a planes se realizara del 2 al 12 de enero 2018. Se evidencian seguimientos trimestrales al plan de acción institucional con dificultades para el levantamiento de la información de las áreas de gestión de calidad y financiero.	
	F. Interno	No presupuestar la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional									Falta de ejecución, seguimiento y evaluación de la Gestión Institucional: Planes de Acción, SOGC (Habilitación - Acreditación - sistema de Información para la Calidad - Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad), y del Sistema de Control Interno	Insuficiente información de la gestión de los procesos	PRESENTACION DE INFORMES DE GESTION PROCESOS MISIONALES INS-DG-001	Preventivo				0	0	Autoevaluar la Gestión de cada proceso	Subgerencia de Servicios de Salud Subgerencia Financiera Subgerencia Administrativa	Trimestral	Informe de Gestión	Se realiza reuniones de gestión todos los jueves de 8:00 AM A 10 AM	Se realiza reuniones de gestión todos los jueves de 8:00 AM A 10 AM
	F. Interno	Insuficiente medición y control de la gestión									Insuficiente información de la gestión de los procesos	Deterioro de la imagen institucional Sanciones	COMITES INSTITUCIONALES: Directivos, Asistenciales, Administrativos y de Control	Preventivo y Correctivo				1	1	Garantizar el funcionamiento de los comités institucionales	Subgerencia de SSS Subgerencia Financiera Subgerencia Administrativa	Según Cronograma de Comités HUV	Actas de Comité Según Cronograma	Se evidencia en actas, listas de asistencia de seguimiento a los comités por parte de la Subgerencia de Servicios de Salud. Se envía digitalmente actas de comité de investigación e informe de gestión del comité de investigación; actas de los otros comités y relación de comités donde se establece la periodicidad de reunión de cada uno.	Se evidencia en actas, listas de asistencia de seguimiento a los comités por parte de la Subgerencia de Servicios de Salud. Se envía digitalmente actas de comité de investigación e informe de gestión del comité de investigación; actas de los otros comités y relación de comités donde se establece la periodicidad de reunión de cada uno.
	F. Interno	Falta de coherencia entre la Planeación Estratégica y la Gestión Institucional									Realizar capacitación en Planes de Mejoramiento	Oficina PIC (Oficina Gestión de Talento humano)	Enero - Diciembre de 2017	Aporta evidencia con oficio por ventanilla con fecha 12 de octubre del 2017. Plan institucional de capacitación y listado de asistencia del día 25 de octubre.											
	F. Interno	No disponer de un Sistema de Información Integrado para monitorear los Procesos Institucionales									Fortalecer el seguimiento a planes de mejoramiento	Subgerencia de SSS Subgerencia Financiera Subgerencia Administrativa	Enero - Diciembre de 2017	El seguimiento se realiza semestralmente; se realizó seguimiento en el mes de julio a los planes operativos de los procesos que hacen parte del plan operativo de la Subgerencia de Servicios de Salud. Se anexas evidencias digitales de la revisión realizada con el proceso Docencia Asistencial y Extensión, Daruma, entre otros.											
	F. Interno	Falta adherencia a lineamientos institucionales									Realizar seguimiento a Planes de Mejoramiento	Oficina Control Interno Oficina Calidad	Enero - Diciembre de 2017	A la fecha desde la oficina de calidad no se evidencia seguimiento a planes de mejoramiento, en el SUH a la fecha se está realizando aún la autoevaluación, en Acreditación se están formulando los planes de mejoramiento resultados de la autoevaluación y en cuanto al plan de mejoramiento que resulta de la encuesta MECI 2016 a la fecha no está completamente consolidado debido a que algunos procesos aún no validan sus compromisos, lo cual se traduce en que a la fecha la oficina no cuenta con planes de mejoramientos terminados y consolidados por ende el seguimiento no es posible. Control Interno: Se realizó seguimiento al plan de mejoramiento de la Contraloría Departamental, Superintendencia y a los procesos internos de Medicina Física y Rehabilitación, Gestión de la Información, Gestión Logística Hospitalaria y Ambiental, Talento Humano				% Cumplimiento Planes de Mejoramiento	No se evidencian planes de mejoramiento por parte de Gestión de Calidad						
	F. Interno	Falta de análisis de los informes de auditoria de Entes de Control									Seguimiento al cumplimiento de los acuerdos de gestión	Oficina Gestión de Talento Humano	Enero - Diciembre de 2017	Aporta evidencia con oficio por ventanilla con fecha 12 de octubre del 2017. Plan institucional de capacitación y listado de asistencia del día 25 de octubre.											
	F. Interno	Falta de información para la evaluación de la gestión									COMITÉ DIRECTIVO	Preventivo y Correctivo	1	0				Definir e implementar el Balance Score Card (Cuadro de Mando Integral - Indicadores)	Oficina Planeación	Abril - Mayo de 2017	Balance Score Card (Cuadro de Mando Integral)	A la fecha no se ha definido el BSC al Plan de Desarrollo HUV 2017-2019, la actividad está atrasada.	Se evidencia propuesta de matriz del cuadro de mando integral (balance score card), con indicadores de producción, de gestión, de apoyo, el cual se presentará a las directivas		
	F. Interno	Inadecuada medición y análisis de indicadores									TOMAR DECISIONES ESTRATEGICAS CON INFORMACION INSUFICIENTE O INADECUADA	Estratégico	Probable (4)	Mayor (4)				E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Definir e implementar el Balance Score Card (Cuadro de Mando Integral - Indicadores)	Oficina Planeación	Abril - Mayo de 2017	Balance Score Card (Cuadro de Mando Integral)	A la fecha no se ha definido el BSC	Pendiente de implementación del balance score card para el seguimiento
F. Interno	No disponer de un Sistema de Información Integrado para monitorear los Procesos Institucionales	ANALISIS Y SEGUIMIENTO DE LOS INDICADORES POR PARTE DEL COMITE COORDINADOR DE	Preventivo	0	0	Hacer seguimiento al Balance Score Card (Cuadro de Mando Integral - Indicadores)	Gerencia General Oficina Control Interno	Bimensual	Seguimiento Bimensual	A la fecha no se ha definido el BSC	Pendiente de implementación del balance score card para el seguimiento														
F. Interno	Insuficientes Evaluaciones Independientes y Auditorias Internas	POLITICA DE CALIDAD POL-DG-005	Preventivo	1	0	Fortalecer el despliegue institucional de la Política de Calidad	Oficina Calidad	Enero - Diciembre de 2017	A la fecha no se reporta avance de esta actividad	A la fecha no se reporta avance de esta actividad															
F. Interno	Deficiente seguimiento a la gestión por procesos (Autoevaluación de la gestión institucional y del Sistema de Control Interno)	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD ESP-GC-006	Preventivo	1	0	Fortalecer el seguimiento al PAMEC (Acreditación)	Oficina Planeación	Diciembre de 2017	A la fecha la institución no tiene formulado el programa PAMEC para la vigencia 2017	A la fecha la institución no tiene formulado el programa PAMEC para la vigencia 2017															
Interno	Incumplimiento en los requisitos mínimos de calidad del Sistema Único de Habilitación	AUTOEVALUACION DEL CONTROL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - MECI	Correctivo	1	0	Realizar la Autoevaluación del Control	Oficina Calidad	Octubre - Diciembre de 2017	Esta actividad se realiza en diciembre	Presenta evidencia que esta actividad se realizo entre el 15 y el 22 de diciembre del 2017 con los colaboradores del HUV encuesta MECI															

Categoría	Tipo	Descripción	Indicador	Valor Objetivo	Valor Real	Riesgo	Impacto	Estrategia	Acción	Fecha	Responsable	Estado	Observaciones	Observaciones										
															Probable	Mayor	E: Zona de Riesgo	Reducir el Riesgo						
ESTRATEGICO / MISIONAL	F. Interno	Falta de enfoque de la Alta Gerencia hacia el cumplimiento de el Sistema de Gestión Integral de Calidad	La institución no logra la calidad esperada en la atención, al no articular la gestión del riesgo, las actividades de auto evaluación, el seguimiento a indicadores y la planificación institucional, lo cual afecta la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa.	Operativo / Imagen	Incremento de eventos adversos (IAAS y morbimortalidad)	Probable (4)	Mayor (4)	E: Zona de Riesgo Extrema	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POL-DG-012	Preventivo	1	0	Probable (4)	Mayor (4)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Ejecutar las acciones que se encuentran definidas en planes de mejoramiento establecidos para seguridad del paciente	Subgerencia de SSS Oficina Epidemiología	Enero - Diciembre de 2017	Indicadores de Calidad - Circular Única: Oportunidad de la Atención, % Vigilancia y Gestión de Eventos Adversos, Satisfacción del Usuario	Se evidencian listas de chequeo, asistencias, resolución e informes de capacitación, actas de socialización.	Se realiza seguimiento a las acciones planteadas en los planes de mejoramiento establecidos para la seguridad del paciente: entre las acciones que se han ejecutado se encuentran: cambio del modelo de la manilla institucional, ajustar horarios de residentes a la luz del Decreto 2376/2010 (la cual se encuentra fundamentada en resolución, la cual se ha socializado a docentes, estudiantes, funcionarios de la institución), se ha diseñado la lista para verificar aspectos claves de seguridad del paciente en la entrega de turno (ya se hizo prueba piloto en UCI Urgencias, Medicina Interna Observación y Unidad de Quemados), se fortaleció el programa de matrones de seguridad del paciente (se realiza una vez por mes), en el mes de septiembre se realizara programa de capacitación en Reanimación Cardiopulmonar Básica.	Se evidencian listas de chequeo, asistencias, resolución e informes de capacitación, actas de socialización.	Se realiza seguimiento a las acciones planteadas en los planes de mejoramiento establecidos para la seguridad del paciente: entre las acciones que se han ejecutado se encuentran: cambio del modelo de la manilla institucional, ajustar horarios de residentes a la luz del Decreto 2376/2010 (la cual se encuentra fundamentada en resolución, la cual se ha socializado a docentes, estudiantes, funcionarios de la institución), se ha diseñado la lista para verificar aspectos claves de seguridad del paciente en la entrega de turno (ya se hizo prueba piloto en UCI Urgencias, Medicina Interna Observación y Unidad de Quemados), se fortaleció el programa de matrones de seguridad del paciente (se realiza una vez por mes), en el mes de septiembre se realizara programa de capacitación en Reanimación Cardiopulmonar Básica.
	F. Interno	Bajo nivel empoderamiento de los líderes de procesos con el mantenimiento y mejoramiento del Sistema de Gestión Integral de Calidad Institucional	La atención en salud no alcanza el equilibrio entre sus dos dimensiones: técnica e interpersonal, generando problemas de calidad en la atención	Incremento de eventos adversos	No lograr la acreditación institucional				PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PRG-GC-001	Preventivo	1	0				Reducir el Riesgo	Realizar seguimiento y control de la medición de la adherencia a practicas seguras (higiene de manos - aislamientos)	Subgerencia de SSS Oficina Epidemiología	Trimestral	Se ha realizado evaluación de la adherencia a prácticas seguras mediante la metodología del paciente trazador.	Se ha realizado evaluación de la adherencia a prácticas seguras mediante la metodología del paciente trazador.			
	F. Interno	Falta de definición e implementación de acciones de mejoramiento efectivas para los hallazgos de Auditorías y seguimiento a indicadores	No lograr la acreditación institucional	No lograr la acreditación institucional					AUTOEVALUACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Correctivo	1	0					Reducir el Riesgo	Seguimiento y evaluación a Política y Programa de Seguridad del Paciente	Subgerencia de SSS	Enero - Diciembre de 2017	Se evidencia plan de mejora de la actualización de la política y programa de seguridad del paciente	Se evidencia plan de mejora de la actualización de la política y programa de seguridad del paciente		
	F. Interno	No se suscriben planes de mejoramiento en la Oficina de Control Interno (Afecta el seguimiento y evaluación de los planes)	Deterioro de imagen institucional	Deterioro de imagen institucional					POLITICA DE HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD POL-DG-001	Preventivo	1	0					Reducir el Riesgo	Seguimiento y evaluación a Política y Programa de Humanización de la Atención	Subgerencia de SSS	Enero - Diciembre de 2017	Se anexa como evidencia plan de mejora de Acreditación. Resolución 0256/2016.	Se anexa como evidencia plan de mejora de Acreditación. Resolución 0256/2016.		
	F. Interno	Prestación no segura de la atención debido a la falta de adherencia a practicas seguras de atención del paciente							PROGRAMA DE HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD PRG-DG-001	Preventivo	1	0					Reducir el Riesgo	Elaborar y socializar programas hemovigilancia y reactivovigilancia	Subgerencia de SSS	Enero - Diciembre de 2017	Se evidencia informes y actas de asistencia seguimiento mediante los comites al programa de Hemovigilancia y Reactivovigilancia se operativiza permanentemente mediante	Se evidencia informes y actas de asistencia seguimiento mediante los comites al programa de Hemovigilancia y Reactivovigilancia se operativiza permanentemente mediante		
	F. Interno	Deficiencia presupuestal para el mantenimiento de los programas de seguridad y humanización de la atención							COMITES INSTITUCIONALES: de Farmacia y Terapéutica, Seguridad del Paciente, Bioseguridad	Preventivo	1	0					Reducir el Riesgo	Ejecutar los programas de Farmacovigilancia, tecnovigilancia	Subgerencia de SSS	Enero - Diciembre de 2017	El programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia se operativiza permanentemente y se realiza seguimiento mediante los comites, se evidencia informes y actas relacionadas.	El programa de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia se operativiza permanentemente y se realiza seguimiento mediante los comites, se evidencia informes y actas relacionadas.		
	F. Interno	Gestión ineficaz de los eventos adversos reportados							PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS	Preventivo y Correctivo	0	1					Reducir el Riesgo	Seguimiento a reporte y gestión de Eventos Adversos	Subgerencia de SSS	Enero - Diciembre de 2017	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 PISCIS del sistema SISPRO. Resolución 0256/2016	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 PISCIS del sistema SISPRO. Resolución 0256/2016		
ESTRATEGICO / MISIONAL	F. Interno	No existen o no se conocen procedimientos y responsabilidades para el reporte de información	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	NORMOGRAMA INSTITUCIONAL	Preventivo	0	0	Posible (3)	Mayor (4)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Incluir en los Planes de Acción Anual de los procesos, servicios y áreas del Hospital actividades para la ejecución, cumplimiento y seguimiento del Modelo Estándar de Control Interno-MECI.	Oficina Planeación	Junio de 2017	A la fecha no se ha construido la matriz	Se observa matriz parcial con información a la super y los seguimientos, pero no a los demás entes de control			
	F. Interno	No se cuenta con un Sistema de Información Integrado (Estratégico-Misional-Financiero-Administrativo y Control)														Reducir el Riesgo	Elaborar y desplegar matriz de información institucional para el envío y reporte de información a entes de control	Oficina Planeación	Agosto de 2017	A la fecha no se observa avance en la actividad	No se encuentra estandarizada las responsabilidades y procedimientos para el reporte a entes de control			
	F. Interno	Incumplimiento por parte de los procesos institucionales de los tiempos establecidos para el envío de la información														Reducir el Riesgo	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 solicita la información a los diferentes procesos. Se observa registro de recepción, responsables y pendientes de información elaborado como mecanismos 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 (internos y externos) se han realizado dentro de los tiempos de Ley.	Se evidencian los seguimientos a la Rendición de Cuentas en Línea -RCL- Desde la Oficina de Planeación cada mes mediante correo se solicita la información a los diferentes procesos. Se observa registro de recepción, responsables y pendientes de información elaborado como mecanismos 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 (internos y externos) se han realizado dentro de los tiempos de Ley.			
	F. Interno	Falta de monitoria y seguimiento por parte de líderes de proceso/área de la información que debe ser reportada por su equipo de trabajo														Reducir el Riesgo	Controlar el cumplimiento (seguimiento) de los tiempos de envío o reporte de información (por los procesos)	Oficina Planeación Oficina Control Interno	Mensual					
ESTRATEGICO / APOYO	F. Interno	Falta de adherencia a política de comunicación pública	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 / Imagen	Perdida de imagen corporativa Insatisfacción del usuario Sanciones No cumplimiento de políticas y lineamientos institucionales Incumplimiento normativo No logro de los objetivos institucionales Desinformación y fallas en la orientación 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	A la fecha no se observa avance de la actividad	No se encuentra actualizada la política de comunicaciones			
	F. Interno	Falta de planificación de la comunicación institucional (Plan de comunicación institucional)														Reducir el Riesgo	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	No se ha realizado promoción para el uso de canales			
	F. Interno	Medios internos de comunicación desactualizados														Reducir el Riesgo	Formular e implementar el Plan de Comunicaciones HUV	Gerencia General Oficina Comunicaciones	Enero - Diciembre de 2017	A la fecha se observa que la institución no tiene definido el plan de comunicaciones para la vigencia.	En la vigencia 2017 no se realizo dicha actividad			
	F. Interno	No existe área/proceso de comunicaciones en la institución														Reducir el Riesgo	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 atrazada	Esta la propuesta con su documentación, para presentar ala Gerencia			
	F. Interno	Estrategia de Gobierno en línea sin implementar														Reducir el Riesgo	Fortalecer el despliegue en el manejo del software (Capacitar al personal en manejo de Modulo Documentos)	Oficina Calidad	Enero - Diciembre de 2017	A la fecha no se observa avance de la actividad	No se realizo capacitación del modulo de documentos en el 2017			
	F. Interno	No hay un despliegue de la información y comunicación en todos los niveles de la institución														Reducir el Riesgo	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 esta adelantando capacitación a los funcionarios por áreas para que entiendan la importancia de la ventanilla unica y su utilización.	Se evidencia propuesta de mejoramiento para docunet (gestion documental) de abril 2017, en mantenimiento, ampliación de componentes o modulos con nuevas funcionalidades. No se ha cumplido con la actividad			
MISIONAL	F. Interno	Personal en práctica asistencial sin supervisión							REVISTA CLINICA RECIBO, ENTREGA DE TURNO Y REVISTA MEDICA PR-DS-001	Preventivo y Correctivo	1	0				Reducir el Riesgo	Actualizar y socializar procedimiento de Revista Clínica (Revista Medica 7:30 am)	Subgerencia de SSS	Junio de 2017	Esta actividad se ha consolidado en el Plan de Mejora Acreditación	Esta actividad se ha consolidado en el Plan de Mejora Acreditación			
	F. Interno	Guías y procedimientos de práctica clínica desactualizados y con bajo despliegue	Se presenta durante la atención, cuando se comenten 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 Morbilidad Complicaciones Deterioro de la condición clínica del paciente	Probable (4)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	MODELO DE GESTION DEL RIESGO CLINICO ESP-GC-004	Correctivo	0	1	Posible (3)	Mayor (4)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	1. Implementar las Metodologías de análisis de riesgos, incidentes y eventos adversos 2. Implementar Planes de Mejoramiento derivados del 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 controlada en el DARUMA y Socializada al personal de la institución.	La metodología para el análisis de riesgos, incidentes, eventos adversos se tiene controlada en el DARUMA y Socializada al personal de la institución.			
	F. Interno	Baja adherencia a guías de práctica clínica, protocolos de manejo, procedimientos, etc.							GUÍAS DE PRACTICA CLINICA, PROTOCCLOS DE MANEJO Y PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DE LOS SERVICIOS	Preventivo y Correctivo	1	0	Posible (3)	Mayor (4)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	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.	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.			
	F. Interno	Deficiencias en la calidad del registro clínico							POLIZAS DE RESPONSABILIDAD MÉDICA	Correctivo	0	1				Reducir el Riesgo	Garantizar las pólizas de responsabilidad medica 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 Enfermería. Se encuentran en proceso de actualización 50 Guías. La meta a Diciembre de 2017 es tener actualizadas, controladas y socializadas 100 Guías de Práctica Clínica.	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 Enfermería. Se encuentran en proceso de actualización 50 Guías. La meta a Diciembre de 2017 es tener actualizadas, controladas y socializadas 100 Guías de Práctica Clínica.			
	F. Interno	Incumplimiento de perfiles y competencias en el talento humano contratado para la prestación del servicio														Reducir el Riesgo		Subgerencia Financiera (Para Personal de Planta)			Las pólizas de responsabilidad médica en los casos indicados reposan y se encuentran disponibles para su consulta en el área jurídica.	Las pólizas de responsabilidad médica en los casos indicados reposan y se encuentran disponibles para su consulta en el área jurídica.		
	F. Interno															Reducir el Riesgo						Las pólizas de responsabilidad médica en los casos indicados reposan y se encuentran disponibles para su consulta en el área jurídica.	Las pólizas de responsabilidad médica en los casos indicados reposan y se encuentran disponibles para su consulta en el área jurídica.	

MISIONAL	F. Interno	Falta de oportunidad en la respuesta a interconsultas realizadas especialidades y subespecialidades	7	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES QUE REQUIEREN SERVICIOS EN ÁREAS ESPECIALIZADAS	Pacientes en urgencias, Sala de Operaciones bloqueando quirófanos o en salas conectadas a ventilador, sin posibilidad de recibirse en UCI	Operativo	Estancia injustificada de los pacientes de UCI que ya tienen criterio de manejo en sala general Cierre parcial y/o total de la sala Desarrollo de infecciones secundarias a los gérmenes intrahospitalarios Aumento en los días de estancia hospitalaria injustificada Aumento en los días de estancia hospitalaria injustificada Incremento en los índices de mortalidad en los pacientes que requieren equipos, medicamentos y dispositivos médico-quirúrgicos para su atención en salud	Casi Seguro (5)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo extrema	MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ESP-DG-005	Preventivo	1	0	Probable (4)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo extrema	Compartir o transferir el riesgo	Actualizar el Modelo de Prestación de Servicios de Salud, incluyendo atención en terapia intensiva	Subgerencia de SSS Oficina Coordinación Terapia Intensiva	Octubre de 2016 Julio de 2017	Se encuentra en proceso, ya que como debe dar cumplimiento a la normatividad en materia de salud, se está realizando en este momento la capacitación de las funcionarias Mónica Villalobos, Dora Lucia Preciado y Janyeth Zapata para que apoyen dicha actualización. La actualización del Modelo de Prestación de Servicios de Salud es uno de las acciones de mejoramiento que se han definido desde el análisis del riesgo institucional y desde la autoevaluación de los estándares de Acreditación.	Se realiza la capacitación de las funcionarias para que apoyen dicha actualización. La actualización del Modelo de Prestación de Servicios de Salud es uno de las acciones de mejoramiento que se han definido desde el análisis del riesgo institucional y desde la autoevaluación de los estándares de Acreditación.
	F. Interno	Respuesta inoportuna ante la solicitud del programa domiciliario a las aseguradoras dueñas del paciente									Se evidencia copia de oficios remitidos a la oficina del CIAU y la Oficina Jurídica. Esta actividad se realiza permanentemente para solucionar las estancias prolongadas en los casos de pacientes en condición de calle y de difícil ubicación. Para orientar todo este proceso se está trabajando a su vez con los líderes de proceso misional y del CIAU, la actualización del procedimiento de la ruta de atención al usuario, para que desde el ingreso se identifiquen las condiciones sociales y de aseguramiento del paciente, para ser intervenidas oportunamente.	Se evidencia copia de oficios remitidos a la oficina del CIAU y la Oficina Jurídica. Esta actividad se realiza permanentemente para solucionar las estancias prolongadas en los casos de pacientes en condición de calle y de difícil ubicación. Para orientar todo este proceso se está trabajando a su vez con los líderes de proceso misional y del CIAU, la actualización del procedimiento de la ruta de atención al usuario, para que desde el ingreso se identifiquen las condiciones sociales y de aseguramiento del paciente, para ser intervenidas oportunamente.											
	F. Interno	Brotos de infecciones intrahospitalarias por gérmenes multiresistentes									Se actualizaron las necesidades para el plan de compras, se remitió esta solicitud a la Oficina Coordinadora de Ayudas Diagnósticas y Terapéuticas, y diariamente se pasan las necesidades cruciales. Se ha obtenido una mejorara el abastecimiento de insumos a la fecha. Se ha participado de comités en dos ocasiones. Se remite evidencias copias de correspondencia y actas	Se actualizaron las necesidades para el plan de compras, se remitió esta solicitud a la Oficina Coordinadora de Ayudas Diagnósticas y Terapéuticas, y diariamente se pasan las necesidades cruciales. Se ha obtenido una mejorara el abastecimiento de insumos a la fecha. Se ha participado de comités en dos ocasiones. Se remite evidencias copias de correspondencia y actas											
	F. Interno	Falta de disponibilidad de camas para traslado de pacientes a salas de hospitalización									La notificación de la no obtención de pedidos se canalizar a través de oficina de suministros y coordinación de apoyo diagnóstico y terapéutico	La notificación de la no obtención de pedidos se canalizar a través de oficina de suministros y coordinación de apoyo diagnóstico y terapéutico											
	F. Interno	Falta de oportunidad en el servicio de banco de sangre (No disponibilidad de hemoderivados ante la demanda que genera UES)									El Hospital tiene estandarizada la Guía de Referencia y Contrareferencia, la cual establece la articulación del CRYC con el CRUE para todo lo relacionado con la atención de los pacientes. Atrez de este plan de trabajo se asignan los cupos de UCI para la atención del paciente crítico que proviene de la Red. La evidencias las constituyen los archivos del CRYC.	El Hospital tiene estandarizada la Guía de Referencia y Contrareferencia, la cual establece la articulación del CRYC con el CRUE para todo lo relacionado con la atención de los pacientes. Atrez de este plan de trabajo se asignan los cupos de UCI para la atención del paciente crítico que proviene de la Red. La evidencias las constituyen los archivos del CRYC.											
	F. Interno	Falta de disponibilidad de equipos, medicamentos o material médico-quirúrgico requerido para la admisión de pacientes									Realizar análisis al Funcionamiento de la Red de Atención en Salud	Realizar seguimiento a cumplimiento (adherencia) de lineamientos de la Guía											
APOYO	F. Interno	Carencia de recursos económicos para asumir nuevas contrataciones y/o ajustar la planta de personal a las necesidades de la entidad	8	ESQUEMAS DE CONTRATACION QUE NO GARANTIZAN SUFICIENTE EXPERIENCIA PARA EL DESARROLLO DE LOS DIFERENTES PROCESOS INSTITUCIONALES	Procesos con Talento Humano insuficiente, dificultando respuesta oportuna a los requerimientos y el logro de los objetivos institucionales	Operativo	No calidad en la atención Incremento del número de quejas de los usuarios Sobrecarga laboral Disminución en la cobertura	Probable (4)	Mayor (4)	E: Zona de Riesgo Extrema	PLANTA DE CARGOS Y ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	Preventivo	1	1	Posible (3)	Moderado (3)	A: Zona de Riesgo Alta	Reducir el Riesgo	Actualizar el Manual de Funciones y Competencias Laborales	Oficina Gestión del Talento Humano	Noviembre de 2017	Manual de Funciones y Competencias Laborales actualizado	Se evidencia con 12 actas desde marzo 27 hasta septiembre 6 del 2017 donde se trata el tema actualizar manuales de funciones en un 30% del personal
	F. Externo	Perfiles o cargos con poca oferta en el mercado									ya esta implementado y se esta haciendo se verifica con el último ingreso del colaborador a la institución.	ya esta implementado y se esta haciendo se verifica con el último ingreso del colaborador a la institución.											
	F. Interno	Desactualización de los Manuales de Funciones y Competencias Laborales									Las evaluaciones de desempeño se realizan oportunamente en un 90%. Las evaluaciones de los funcionarios de las áreas de Sistemas y de Archivo se están entregando a la fecha de este seguimiento.	Planeación y gestión de la información con gestión documental están al día en las evaluaciones de desempeño											
	F. Interno	Demora en el proceso de selección por parte de las asociaciones gremiales									Desde la Subgerencia de Servicios de Salud, se trabaja articuladamente con el proceso Docencia Asistencial y Extensión para el seguimiento de los convenios Docencia Servicio, especialmente con el convenio establecido con la Universidad del Valle, participando de los CODA y desarrollando acciones de mejora centradas en la seguridad del paciente y el cumplimiento a 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 Asistencial y Extensión realiza auditoría de convenios, lo cual dentro acciones de mejora que se están implementando.	Desde la Subgerencia de Servicios de Salud, se trabaja articuladamente con el proceso Docencia Asistencial y Extensión para el seguimiento de los convenios Docencia Servicio, especialmente con el convenio establecido con la Universidad del Valle, participando de los CODA y desarrollando acciones de mejora centradas en la seguridad del paciente y el cumplimiento a 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 Asistencial y Extensión realiza auditoría de convenios, lo cual dentro acciones de mejora que se están implementando.											
	F. Interno	Deserción de personal									Realizar seguimiento y supervisión de convenios docencia servicio	Cumplimiento de convenio docencia servicio											
69.91T7369.8169.9769.103T7369.8169.109T7369.8169.118T7369.8169.113																							
APOYO	F. Interno	No generar consolidados permanentes de PQRSF pendientes de respuesta.	9	INADECUADA GESTION DE PQRSF	Responder por fuera de los términos legales y de manera ineficaz las diferentes modalidades de peticiones (PQRSF), como los establece el Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones, de la LEY 1437 DE 2011, Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo	Cumplimiento	Demandas por incumplimiento a normas legales. Insatisfacción a las necesidades y expectativas del usuario. Pérdida de imagen y credibilidad Institucional. Acciones judiciales (Derecho de petición, demanda, tutela) Insatisfacción del usuario Pérdida de imagen corporativa	Casi Seguro (5)	Moderado (3)	E: Zona de Riesgo Extrema	CONSOLIDADOS PERMANENTES DE PQRSF (Pendientes de SEGUIMIENTO TRIMESTRAL A LA GESTION DE PQRSF SEGUIMIENTO AL 100% DE PQRSF REGISTRADAS CONSOLIDADOS MENSUALES DE PQRSF E INDICADORES	Correctivo	1	0	Probable (4)	Moderado (3)	A: Zona de Riesgo Alta	Reducir el Riesgo	Realizar Consolidados permanentes de PQRSF pendientes de Respuesta	Oficina Atención al Usuario (Auxiliar Administrativo Atención al Usuario)	Abril - Diciembre de 2017	La oficina de atención al usuario presenta informe del consolidado hasta el mes de julio	La oficina de atención al usuario presenta informe del consolidado hasta el mes de noviembre
	F. Interno	Falta de seguimiento al 100% de PQRSF registradas en la Herramienta Tecnológica "Cross".									Hacer Seguimiento al 100% de PQRSF registradas en el Cross, a través de E-mail, Personalizados, Oficios Internos, Telefónico	Oficina Atención al Usuario (Profesional Universitaria, Auxiliares Administrativos Atención al Usuario)	Abril - Diciembre de 2017	Presenta consolidado con fecha septiembre 07 del 2017					Presenta consolidado con fecha noviembre 22 del 2017				
	F. Interno	Falta de actualización, difusión o adherencia a los procedimientos de información y atención al usuario									Realizar Consolidados mensuales de PQRSF e Indicadores	Oficina Atención al Usuario (Profesional Universitario Atención al Usuario)	Mensual	Presenta planilla con recibido de planeacion					Presenta planilla con recibido de planeacion				
	F. Interno	Desconocimiento de los procedimientos de atención al usuario por alta rotación del recurso humano (personal en formación y personal operativo)									PROCEDIMIENTOS PARA LA INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO	Preventivo y Correctivo	1	0					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 PQRS	Oficina Atención al Usuario	Abril - Diciembre de 2017	Presenta planilla con 60 personas capacitadas en manejo operativo de la herramienta tecnológica y generalidades del procedimiento	Presenta planilla con 75 personas capacitadas en manejo operativo de la herramienta tecnológica y generalidades del procedimiento
	F. Interno	Fallas en el análisis de la información y establecimiento de planes de mejoramiento, frente Atención al Usuario.									Software CROSS	Correctivo	1	0					Fortalecer el seguimiento a la gestión y a los planes de mejoramiento de PQRSF	Subgerencia Administrativa Oficina Atención al Usuario	Abril - Diciembre de 2017	Esta hecho el diagnostico y los planes pero hay poca efectividad	Continua igual.Esta hecho el diagnostico y los planes pero hay poca efectividad
	F. Interno	Inexistencia de sistema de consecuencias									SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO FORMULADOS PARA LA ATENCIÓN AL USUARIO	Correctivo	1	0					Evaluar de manera independiente la atención e información al ciudadano y retroalimentar resultados	Oficina Control Interno	Semestral	Esta hecho el diagnostico y los planes pero hay poca efectividad	Continua igual.Esta hecho el diagnostico y los planes pero hay poca efectividad
																			Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano y frente al no cumplimiento de planes de mejoramiento	Gerencia General Oficina Control Interno Disciplinario	Abril - Diciembre de 2017	Se evidencian dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia	Se evidencian dos (2) informes de seguimiento en esta vigencia
APOYO	F. Interno	No contar con controles informáticos de acceso a la información /					Acceso a información alterada	Casi Seguro (5)	Moderado (3)	E: Zona de Riesgo Extrema	POLÍTICA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Preventivo y Correctivo	0	0	Probable (4)	Moderado (3)	A: Zona de Riesgo Alta	Reducir el Riesgo	Gestionar la aprobación y publicación de la Política de Gestión de la Información Institucional POLITICAS DE SEGURIDAD DE GESTION DE LA INFORMACION "PSGI" POL-DG-00R	Oficina Gestión de la Información Subgerencia Administrativa	Julio de 2017	Las polticas se ajustaron con fecha septiembre 5/17 y se encuentran para revision de juridico y aprobacion por Gerencia	No se ha avanzado en esta actividad
	F. Interno	Falta de implementación del procedimiento de entrega de puesto de trabajo (información)									Socializar e Implementar el procedimiento de entrega de cargo ante movimientos internos de personal o retiro	Oficina Gestión del Talento Humano	Socialización: Junio de 2017 Implementación: Julio-diciembre de 2017	Ya se socializo y se implemento presentan el formato que se encuentra estandarizado y esta en el daruma					Ya se socializo y se implemento presentan el formato que se encuentra estandarizado y esta en el daruma				
	F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a procedimientos de gestión de la información									Garantizar funcionalidad Solución UTM (Firewall contra amenazas) con funcionalidades de seguridad, sistema de prevención de intrusos, control de navegación web, entre otros	Oficina Gestión de la Información	Enero a Diciembre de 2017	Se cuenta con la licencia del sony wall, con la cual se esta garantizando la seguridad					El licenciamiento está hasta abril 2018, a partir de allí se debe realizar un proyecto de actualización. Ya se cuenta con una propuesta para el licenciamiento				
	F. Interno	Incumplimiento de Normatividad relacionada (la Ley General de Archivos Ley 594 de 2000, Ley 1712 de marzo 2014 y Decreto									Establecer y aplicar mecanismo de control y seguimiento del UTM	Oficina Gestión de la Información	Julio de 2017	Se realiza control reactivo cuando se presentan (tráfico lento, no acceso en algun recurso de red). No se realiza en forma permanente porque no hay el recurso humano para dicha actividad					Sigue igual esta actividad				

	F. Interno	Incumplimiento de la normatividad ambiental vigente				Afectación de la salud pública					Plan de acción integral para los Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades (PGIRASA)	Preventivo y Correctivo	1	1							1. Realizar diagnóstico ambiental situacional del Hospital 2. Formular planes de acción para la prevención y mitigación de impactos en el ambiente y la salud 3. Documentar Plan Institucional de Gestión Ambiental (PIGA) 4. Socializar el PIGA	Oficina Gestión Logística y Ambiental	Mayo 30 de 2017 Septiembre de 2017 Septiembre de 2017 Diciembre de 2017	Vertimientos Residuos Sólidos Emisiones Atmosféricas Ruido Pruebas Microbiológicas	1. Se realizó el diagnóstico ambiental de la institución cuyo objetivo era la construcción de la matriz de aspectos e impactos ambientales de la institución y a partir de estos impactos identificados se formularon los planes de acción los cuales están documentados, lo cual hacen parte del PIGA. Los indicadores establecidos en la matriz, no corresponden a la evaluación del PIGA los cuales deberían ser disminución del consumo de agua, energía, generación de residuos peligrosos, aprovechables.	1. Se realizó el diagnóstico ambiental de la institución cuyo objetivo era la construcción de la matriz de aspectos e impactos ambientales de la institución y a partir de estos impactos identificados se formularon los planes de acción los cuales están documentados, lo cual hacen parte del PIGA. Los indicadores establecidos en la matriz, no corresponden a la evaluación del PIGA los cuales deberían ser disminución del consumo de agua, energía, generación de residuos peligrosos, aprovechables.									
ESTRATEGICO MISIONAL APOYO CONTROL	F. Interno	Desconocimiento de las funciones.	14	CONCENTRACION DE AUTORIDAD O EXCESO DE PODER	Situaciones subjetivas del servidor o servidores que intervienen en el proceso regulatorio que le permiten incumplir los marcos legales y éticos.	Corrupción	Desorden institucional y Perdida de imagen	Probable (4)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	POLITICAS, NORMAS, PROCESOS, REGLAMENTOS, MANUALES DE FUNCIONES, COMITÉ DE CONVIVENCIA Y ACOSOS LABORAL	Preventivo	0	0	Probable (4)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Promover la actualización y despliegue de las Políticas, Normas, Procesos, Reglamentos, Manuales de Funciones y Procedimientos	Direccionamiento Estratégico y la Gerencia General	Mayo - Diciembre de 2017	Gestión de casos de concentración de autoridad y exceso de poder reportados: Total de casos gestionados / Total de casos reportados	Se ha avanzado en la revisión, actualización y diseño de algunas políticas institucionales, a la fecha no se observan actualizadas las caracterizaciones de los procesos de la nueva estructura organizacional y según la oficina de calidad esta actividad no está dentro de su plan de acción.	No se evidencia la promoción a la actualización de estos documentos.											
	F. Interno y Externo	Ausencia de Control									AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS	Preventivo y Correctivo	0	0					Identificar y sensibilizar a los servidores públicos en condiciones de mayor vulnerabilidad frente a delitos de corrupción	Identificación: Gestión del Talento Humano y Mesa de Transparencia. Sensibilización: Control Interno, CID y OAP	1 Actividad/año Identificación: Julio - Agosto de 2017 Sensibilización: Agosto - Septiembre de 2017		Se encuentran atrasada por no existir mesa de transparencia.	Se encuentran atrasada por no existir mesa de transparencia.											
	F. Externo	Contexto Político																																	
	F. Interno y Externo	Prevalencia de Intereses particulares																																	
ESTRATEGICO MISIONAL APOYO CONTROL	F. Interno y Externo	Ausencia de Control	15	NOMBRAR A UNA PERSONA QUE NO CUMPLA CON EL PERFIL REQUERIDO PARA BENEFICIO PARTICULAR O DE UN TERCERO	Crear un perfil ocupacional orientado a las necesidades particulares del candidato y no a las necesidades reales del servicio.	Corrupción	Mal clima laboral y desempeño institucional	Posible (3)	Moderado (3)	A: Zona de Riesgo Alta	SISTEMA DE CONTROL INTERNO	Preventivo	2	0	Posible (3)	Moderado (3)	A: Zona de Riesgo Alta	Reducir el Riesgo	Definir la estructura organizacional acorde a la razón de ser de la Institución	Direccionamiento Estratégico (Lider: Gerencia General / Oficina Asesora de Planeación)	Mayo - Julio de 2017	Acto administrativo de adopción de la nueva estructura organizacional HUV	A la fecha se han realizado dos reuniones de trabajo (24 de abril y 09 de junio) para revisión y ajuste del mapa de procesos HUV, se observa una propuesta que no ha sido terminada. La actividad está atascada	según información suministrada por la coordinación de área de calidad en reunión de 31 de octubre/ 2017 el Gerente General manifestó que no se va a trabajar una nueva estructura organizacional. (acta No. 5)											
	F. Externo	Contexto Político									COMISIÓN DE PERSONAL	Preventivo y Correctivo	0	1					Realizar la revisión y actualización del 100% del Manual de Funciones y Competencias Laborales	Gestión del Talento Humano	Mayo - Diciembre de 2017	Manual de Funciones y Competencias Laborales actualizado	Se evidencian acts de reuniones con los responsables de los procesos donde se presenta un avance significativo de los manual de funciones y competencias laborales	Se evidencia con 12 actas desde marzo 27 hasta septiembre 8 del 2017 donde se trata el tema actualizar manuales de funciones en un 30% del personal laborales											
	F. Interno y Externo	Prevalencia de Intereses particulares																																	
	F. Externo	Presentación de documentación e información falsa en el proceso de selección.																																	
ESTRATEGICO MISIONAL APOYO CONTROL	F. Interno	Insuficiente talento humano en la planta de personal con perfiles y competencias específicas para asignar funciones de supervisión.	16	CONCENTRAR LAS LABORES DE SUPERVISIÓN DE MÚLTIPLES CONTRATOS EN POCO PERSONAL	Asignar demasiadas responsabilidades de supervisión de algunos servidores públicos sin contar con el perfil o competencia para ello La delegación de la supervisión de contratos en pocos funcionarios, hace que no se realice el seguimiento adecuado a los mismos.	Corrupción	Demandas (Incumplimiento de objetos contractuales) Afectación de la cobertura y/o calidad de la prestación de los servicios Mal clima laboral y desempeño institucional Perdida de imagen y confianza institucional	Probable (4)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	MANUAL DE INTERVENTORIA Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS	Preventivo	0	0	Probable (4)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Equilibrar la labor de supervisión entre los jefes de oficinas coordinadoras y el personal de los procesos	Oficina Jurídica	Permanente Mayo - Diciembre de 2017 Mayo - Diciembre de 2017	Indicador de concentración: # de supervisores / # de contratos	Actualmente la designación del supervisor la realiza el gerente de conformidad con el objeto contractual y las calidades de los funcionarios	Continúa igual. Actualmente la designación del supervisor la realiza el gerente de conformidad con el objeto contractual y las calidades de los funcionarios											
											MANUAL DE CONTRATACIÓN	Preventivo	0	0					Crear y administrar una base de datos con los contratos, supervisores y perfiles requeridos para la labor de supervisión				Se evidencia la base de datos con numero de contrato, contratista, fecha de suscripción y la asignación de supervisión y/o interventor correspondiente a la vigencia 2017	Se evidencia la base de datos con numero de contrato, contratista, fecha de suscripción y la asignación de supervisión y/o interventor correspondiente a la vigencia 2017											
											ESTATUTO CONTRACTUAL	Preventivo y correctivo	0	0					Contratar una firma externa competente para la interventoría de contratos que no pueden tener supervisión por falta de personal de planta idóneo o por sobrecarga laboral				Actualmente se encuentra vigente el contrato C-17 166 con G y S Interventores, el cual tiene por objeto realizar la interventoría de los contratos celebrados por el HUV con cooperativas de trabajo, empresas temporales, agremiaciones sindicales, empresas de vigilancia y seguridad privada y empresas de aseo y desinfección	Actualmente se encuentra vigente el contrato C-17 166 con G y S Interventores, el cual tiene por objeto realizar la interventoría de los contratos celebrados por el HUV con cooperativas de trabajo, empresas temporales, agremiaciones sindicales, empresas de vigilancia y seguridad privada y empresas de aseo y desinfección											
ESTRATEGICO MISIONAL APOYO CONTROL	F. Interno	Deficiente supervisión de los contratos Deficientes mecanismos de control y seguimiento en la ejecución de los contratos	17	INCUMPLIMIENTO DE LOS CONTRATOS	Falta de supervisores que realicen control adecuado e idóneo a la ejecución de los contratos	Corrupción / Cumplimiento	Falta de bienes para la prestación de servicios. Deficiencia en la prestación de servicios Sanciones administrativas y judiciales Reprocesos Sobrecostos	Probable (4)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	MANUAL DE INTERVENTORIA Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS	Preventivo y Correctivo	0	0	Probable (4)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Socializar el estatuto y manual de contratación y el manual de supervisión e interventoría para el fortalecimiento de competencias	Oficina Jurídica	Mayo - Diciembre 2017	Número de hallazgos en materia contractual dentro de las auditorias externas realizadas por entes de control	Se evidencia acta de Reunión No. 1 de Febrero de 2017, mediante el cual la Oficina asesora jurídica programa capacitación para socializar con el personal del HUV y contratistas, el acuerdo 007 de 2017 y la resolución 3808 de 2014, con el fin de fortalecer los procesos de contratación en el HUV.	La oficina jurídica presenta evidencia de capacitación con el fin de fortalecer el proceso de contratación.											
											MANUAL DE CONTRATACIÓN	Preventivo	0	0					Continuar con la auditoría de las cuentas que llegan a tesorería para orden de pago				Se evidencia que el área de la tesorería viene adelantando la auditoría a las cuentas que llegan a la tesorería para su respectivo pago.	Se evidencia que el área de la tesorería viene adelantando la auditoría a las cuentas que llegan a la tesorería para su respectivo pago.											
											ESTATUTO CONTRACTUAL	Preventivo	0	0									Se evidencia que el área de la tesorería viene adelantando la auditoría a las cuentas que llegan a la tesorería para su respectivo pago.	Se evidencia que el área de la tesorería viene adelantando la auditoría a las cuentas que llegan a la tesorería para su respectivo pago.											

