HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E

MATRIZ MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

AÑO: 2016

PROCESO	1. ANALISIS CONTEXTO ESTRATEGICO		2. IDENTIFICACION DEL RIESGO				3. ANALISIS DEL RIESGO			4. VALORACION DEL RIESGO								5. INTERVENCION Y SEGUIMIENTO				
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)		Tipo de control	Cuadrante a disminuir en la probabilidad	Cuadrante a disminuir en el impacto	Probabilidad	Impacto	Zona de Ubicación del Riesgo (Riesgo Residual)					
ESTRATEGICO / CONTROL	F. Interno	Cumplimiento parcial de metas definidas en los planes institucionales	1	Incumplimiento en la IMPLEMENTACION y EVALUACION de la Gestión Institucional y del Sistema de Control Interno (Metas 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. 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	Estratégico	Falta de información para la evaluación de la gestión Falta de oportunidad para la toma de decisiones de la alta dirección Insuficiente información de la gestión de los procesos Deterioro de la imagen institucional Sanciones	Probable (4)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	Plan de Desarrollo Institucional METODOLOGIA DE PLANEACION INSTITUCIONAL ESP-PL-001	Preventivo	1	0	Posible (3)	Mayor (4)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Formular y realizar seguimiento al Plan de Desarrollo 2016 - 2019, Plan de Acción HUV 2016 y Planes de Acción por Proceso HUV 2016	Jefe Oficina Asesora de Planeación	De acuerdo a Metodología Institucional	Plan de Desarrollo Plan de Acción HUV Planes de Acción por Proceso
											METODOLOGIA DE ANALISIS Y SOLUCION DE PROBLEMAS HUV G-GC-002	Correctivo	1	0								
	F. Interno	Insuficientes Evaluaciones Independientes y Auditorías Internas									PRESENTACION DE INFORMES DE GESTION PROCESOS MISIONALES INS-DG-001	Correctivo	1	0					Autoevaluación de la gestión en todos los procesos	Gerencia de SSS, Gerencia Académica, Gerencia Financiera y Gerencia Administrativa	Trimestral	Informe de Gestión (Trimestral)
	F. Interno	Débil cultura de la medición y control																			Anual	Informe de Gestión (Anual)
	F. Interno	Falta de análisis a los informes de auditoria de Entes de Control									Comités Institucionales: Directivos, Asistenciales, Administrativos y de Control	Preventivo y Correctivo	1	1					Garantizar el funcionamiento de los comités institucionales	Gerencia de SSS, Gerencia Académica, Gerencia Financiera y Gerencia Administrativa	Según Cronograma de Comités HUV	Actas de Comité Según Cronograma
	F. Interno	Falta de consolidación, seguimiento y análisis de los Indicadores institucionales																	Realizar seguimiento a los Comités del Sistema de Gestión Integral de HUV.	Oficina Gestión Calidad	Anual	Informe Seguimiento Anual de Comités
																			Realizar capacitación en Planes de Mejoramiento	PIC	Anual	% Cumplimiento Planes de Mejoramiento
	F. Interno	No disponer de un Sistema de Información Integrado para monitorear los Procesos Institucionales									SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO PR-DI-005	Correctivo	1	0					Fortalecer el seguimiento a planes de mejoramiento	Gerencia de SSS, Gerencia Académica, Gerencia Financiera y Gerencia Administrativa	Enero - Diciembre de 2016	
																			Realizar seguimiento a Planes de Mejoramiento	Oficina Control Interno, Oficina Planeación, Oficina Gestión Calidad	Enero - Diciembre de 2016	
ESTRATEGICO / CONTROL	F. Interno	Falta de consolidación, seguimiento y análisis de los Indicadores institucionales	2	Inadecuada medición y análisis de indicadores	Inadecuada medición y análisis de indicadores de gestión, para toma de decisiones estratégicas	Estratégico	Falta de información para la evaluación de la gestión Falta de oportunidad para la toma de decisiones de la alta dirección Insuficiente información de la gestión de los procesos Deterioro de la imagen institucional	Probable (4)	Mayor (4)	E: Zona de Riesgo Extrema	GUIA METODOLOGICA DE INDICADORES DE GESTION G-GC-001	Preventivo	1	0	Posible (3)	Mayor (4)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Garantizar a través de los acuerdos de gestión la gestión institucional a través de indicadores	Gerencia General	Enero - Diciembre de 2016	Informes de Seguimiento Semestral (Por Gerencia)
	F. Interno	No disponer de un Sistema de información Integrado para monitoreo																				
	F. Interno	Débil cultura de la medición y control									ANALISIS Y SEGUIMIENTO DE LOS INDICADORES POR PARTE DEL COMITE COORDINADOR DE CONTROL INTERNO G-GC-003	Preventivo	0	0					Seguimiento al cumplimiento de los acuerdos de gestión	Gestión Talento Humano	Enero - Diciembre de 2016	
ESTRATEGICO / MISIONAL	F. Interno	Deficiente seguimiento a la gestión por procesos (Autoevaluación de la gestión) e insuficiente evaluación de la gestión institucional y del Sistema de Control Interno. (Evaluación independiente)	3	No lograr el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud	La institución no logra el mejoramiento continuo de la calidad 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.	Estratégico	No lograr la acreditación y perder condición de Hospital Universitario. Perdida de competitividad Perdida de la imagen institucional No satisfacción del usuario No lograr los objetivos institucionales Incremento de eventos adversos (IAAS y morbimortalidad)	Probable (4)	Mayor (4)	E: Zona de Riesgo Extrema	POLITICA DE CALIDAD POL-DG-005	Preventivo	1	0	Posible (3)	Mayor (4)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Fortalecer el despliegue institucional de la Política	Oficina Gestión Calidad	Enero - Diciembre de 2016	Indicadores de Calidad – Circular Única: Oportunidad de la Atención, Vigilancia y Gestión de Eventos Adversos, Satisfacción del Usuario
	F. Interno	Falta adherencia a lineamientos institucionales									MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD ESP-GC-006	Preventivo	1	0					Fortalecer el seguimiento al PAMEC (Acreditación)	Jefe Oficina Asesora de Planeación	Diciembre de 2016	
	Interno	Incumplimiento en los requisitos mínimos de calidad del Sistema Único de Habilitación																				
	F. Interno	No aplicación de la metodología para seguimiento y evaluación de la gestión institucional (Indicadores) por parte de los procesos									AUTOEVALUACION DEL CONTROL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - MECI PR-GC-010	Correctivo	1	0					Realizar la Autoevaluación del Control	Oficina Gestión Calidad	Octubre - Diciembre de 2016	
	F. Interno	No disponer de un Sistema de Información Integrado para monitorear los Procesos Organizacionales.																				
	F. Interno	Falta de compromiso de la Alta Gerencia con la Planeación Estratégica, el Sistema de Gestión Integral de Calidad y la Administración del Riesgo									POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POL-DG-012	Preventivo	1	0					Ejecutar acciones de intervención de acuerdo a planes de mejoramiento establecidos con seguridad del paciente	Gerencia de SSS Epidemiologia Hospitalaria	Enero - Diciembre de 2016	
	F. Interno	Bajo nivel empoderamiento del los líderes de procesos con el mantenimiento y mejoramiento del Sistema de Gestión Integral de Calidad institucional																				
	F. Interno	Cultura de Planeación Estratégica deficiente (formulación de planes, medición del cumplimiento de la estrategia institucional, etc.)									PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PRG-GC-001	Preventivo	1	0								
	F. Interno	No definición e implementación de acciones de mejoramiento para los hallazgos de Auditorías y seguimiento a indicadores																				
	F. Interno	Falta de seguimiento y cumplimiento a los planes de mejoramiento institucional									Autoevaluación de Buenas Practicas para la Seguridad del Paciente	Correctivo	1	0					Fortalecer la frecuencia del seguimiento y control de la medición de la adherencia a practicas seguras (higiene de manos – aislamientos)	Gerencia de SSS Epidemiologia Hospitalaria	Trimestral	
	F. Interno	Falta de adherencia a practicas seguras de atención del paciente																				
ESTRATEGICO / MISIONAL	F. Interno	No cumplimiento por parte de los procesos institucionales de los tiempos establecidos para el envío de la información	4	Reporte de información institucional fuera de los tiempos establecidos	La institución no presenta reporte de información a los entes de control en los tiempos establecidos en la Normatividad	Cumplimiento	Sanciones	Posible (3)	Mayor (4)	E: Zona de Riesgo Extrema	Matriz de Comunicaciones	Correctivo	0	0	Posible (3)	Mayor (4)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Elaborar y desplegar matriz de comunicaciones institucional para el envío y reporte de información a entes de control	Jefe Oficina Asesora de Planeación	Julio de 2016	Oportunidad en el reporte de información a Entes de Control (Decreto 2193, Circular Única, Circular 030, RCL, INVIMA y otros)
	F. Interno	Inexistencia de un sistema de información integrado (Estratégico-Misional-Financiero-Administrativo y Control)																	Estandarizar responsabilidades y procedimientos para reporte de información a entes de control	Jefe Oficina Asesora de Planeación	Julio de 2016	
	F. Interno	No estandarización de procedimientos y responsabilidades para el reporte de información																	Controlar el cumplimiento (seguimiento) de los tiempos de envío o reporte de información (institucional)	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Jefe de Control Interno	Mensual	
	F. Interno	Falta de monitoria y seguimiento en el procedimiento por parte de líderes de área																	Controlar el cumplimiento (seguimiento) de los tiempos de envío o reporte de información (por los procesos)	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Jefe de Control Interno	De acuerdo a los tiempos establecidos en la Matriz	
ESTRATEGICO / APOYO	F. Interno	No adherencia a política y procedimientos de comunicación pública	5	La Información y comunicación no opere como eje transversal en la institución	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 / Tecnología / 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 y comunicación al usuario Re procesos	Probable (4)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	Política de Comunicación Institucional POLITICA DE COMUNICACION PUBLICA POL-DG-003	Preventivo	1	0	Posible (3)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Fortalecer el despliegue de la Política de Comunicación Institucional	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones	Enero - Diciembre de 2016	Plan de Comunicación HUV 2016 Implementado Programa de Gestión Documental HUV implementado Sistema de Información Integrado No. Personal Capacitado en DARUMA
	F. Interno	No planificación de la comunicación institucional (Plan de comunicación institucional)																	Estandarizar e implementar las actividades del Proceso de Comunicación	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones	Agosto de 2016	
																			Gestionar el uso adecuado de canales internos de comunicación	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones	Enero - Diciembre de 2016	
																			Formular e implementar el Plan de Comunicaciones HUV	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones	Junio de 2016	
	F. Interno	Medios internos de comunicación desactualizados																	Medir y evaluar la adherencia a la política y actividades del área de comunicación institucional	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones	Enero - Diciembre de 2016	
																			Ejecutar proyecto para diseño de Página web institucional con cumplimiento de requisitos de gobierno en línea	Gerencia Administrativa	Enero - Diciembre de 2016	
	F. Interno	Área de comunicaciones con estructura no adecuada a la complejidad de la Institución.									Procedimientos de Gerencia Administrativa - Gestión Documental y TRD	Preventivo	1	0					Formular y ejecutar el Programa de Gestión Documental	Gerencia Administrativa	Formulación del programa: Junio de 2016. Implementación: Julio-Diciembre de 2016	
																			Implementar las tablas de retención documental	Gerencia Administrativa	Enero - Diciembre de 2016	
	F. Interno	Estrategia de Gobierno en línea sin implementar																	Concluir la integración del sistema de información institucional (Financiero, Administrativo, Asistencial)	Gerencia Administrativa	Enero - Diciembre de 2016	
	F. Interno	Insuficiente e inadecuada información relacionada con la atención									Software DARUMA	Preventivo	1	0					Fortalecer el despliegue en el manejo del software (Capacitar al personal en manejo de Modulo Documentos)	Oficina Gestión Calidad	Enero - Diciembre de 2016	
MISIONAL	F. Interno	Falta de adherencia a políticas, programas, guías y procedimientos institucionales (seguridad y humanización de la atención)	6	Prestación de los servicios de salud no segura ni humanizada	La atención en salud no alcanza el equilibrio entre sus dos dimensiones: técnica e interpersonal, generando problemas de calidad en la atención	Operativo / Imagen	Incremento de Eventos adversos No lograr la acreditación institucional No satisfacción del usuario y partes interesadas Deterior de Imagen Institucional	Casi Seguro (5)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	POLITICA DE HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD POL-DG-001	Preventivo	1	0	Probable (4)	Mayor (4)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Seguimiento a Políticas y Programas de Seguridad del Paciente y Humanización de la atención	Gerencia de SSS	Enero - Diciembre de 2016	% Vigilancia y gestión de eventos adversos Tasa de satisfacción del usuario
											PROGRAMA DE HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD PRG-DG-001	Preventivo	1	0					Fortalecer Buenas Practicas de Humanización en la Atención	Gerencia de SSS	Enero - Diciembre de 2016	
	F. Interno	Deficiente estructura para la implementación de los programas de seguridad y humanización de la atención									POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POL-DG-012	Preventivo	1	0					Fortalecer Buenas Practicas en Seguridad del Paciente	Gerencia de SSS	Enero - Diciembre de 2016	
											PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PRG-GC-001	Preventivo	1	0								
	F. Interno	Gestión ineficaz de los eventos adversos reportados									Comités Institucionales: de Farmacia y Terapéutica, Seguridad del Paciente, Ética Hospitalaria, Transfusional, Infecciones e Historias Clínicas)	Preventivo y Correctivo	1	1					Mantener y mejorar los programas de Farmacovigilancia, tecnovigilancia, hemovigilancia y reactivovigilancia	Gerencia de SSS	Enero - Diciembre de 2016	
	F. Interno	Cultura Organizacional									Procedimientos y metodologías estandarizadas (gestión del riesgo, reporte de eventos adversos, adherencia a guías de manejo, etc.)	Preventivo y Correctivo	1	1					Seguimiento a reporte de Eventos Adversos y a la Adherencia de las Guías de Manejo	Gerencia de SSS	Enero - Diciembre de 2016	
MISIONAL	F. Interno	Personal en práctica asistencial sin supervisión	7	Acciones o decisiones equivocadas o no 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 Morbilidad Complicaciones Deterioro de la condición clínica del paciente	Probable (4)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	Revista Clínica	Correctivo	1	0	Posible (3)	Mayor (4)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Actualizar guías y procedimientos clínicos por servicio	Gerencia de SSS	Enero - Diciembre de 2016	% de adherencia a guías de práctica clínica para las primeras causas de morbilidad Evaluaciones de Desempeño
	F. Interno	Guías y procedimientos de práctica clínica desactualizados y con baja difusión									Seguimiento a la adherencia de Guías de Práctica Clínica, protocolos de manejo y procedimientos asistenciales estandarizado en el servicio	Correctivo	1	0					Fortalecer la adherencia a guías y procedimientos clínicos en todos los servicios de salud	Gerencia de SSS	Enero - Diciembre de 2016	
	F. Interno	Baja adherencia a guías de práctica clínica, protocolos de manejo, procedimientos, etc.									Seguimiento y supervisión de convenios docencia servicio	Correctivo	1	0					Fortalecer el seguimiento y supervisión de convenios docencia servicio	Gerencia Académica y Gerencia de SSS	Enero - Diciembre de 2016	
	F. Interno	Deficiencias en la calidad del registro clínico									EVALUACION DEL DESEMPEÑO PR-BH-002	Correctivo	1	0					Realizar la evaluación de desempeño de los empleados de carrera en los tiempos establecidos	Gerentes, Subgerentes y Jefes de Area	Febrero - Agosto de 2016	
	F. Interno	Incumplimiento de perfiles y competencias en el talento humano contratado para la prestación del servicio									Pólizas de Responsabilidad Medica	Correctivo	0	1					Garantizar las pólizas de responsabilidad medica en los casos indicados	Gestión de Talento Humano (Para Personal Agremiado)	Enero - Diciembre de 2016	
																				Gestión Financiera (Para Personal de Planta)	Enero - Diciembre de 2016	

MISIONAL	F. Interno	No disponibilidad de camas para traslado de pacientes a salas de hospitalización	8	Falta de Oportunidad en la Admisión de pacientes que requieren manejo en UCI	Pacientes en urgencias, Sala de Operaciones bloqueando quirófanos o en salas conectados 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 cohortizada 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 morbi-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	Lineamiento Institucional sobre revista médica a las 7:30 am	Preventivo	1	0	Probable (4)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo extrema	Compartir o transferir el riesgo	1. Revisar Lineamiento Institucional 2. Actualizar Lineamiento 3. Elaborar oficio a los coordinadores de cada servicio para cumplimiento del Lineamiento	Gerencia de SSS Subdirección y Coordinadora UES Terapia Intensiva	Octubre de 2016	Documento Lineamiento Institucional (Revista Medica 7:30 am) Diligenciamiento de Formato de Ronda de Verificación Resultado de Evaluaciones realizadas Modelo de Prestación de Servicios Actualizado
	F. Interno	Brotes de infecciones intrahospitalarias por gérmenes multiresistentes																	4. Realizar Seguimiento a la adherencia del Lineamiento		Permanente	
	F. Interno	Falta de oportunidad en la respuesta a interconsultas realizadas especialidades y subespecialidades									MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ESP-DG-005	Preventivo							Actualizar el Modelo de Prestación de Servicios de Salud, incluyendo atención en terapia intensiva		Octubre de 2016	
	F. Interno	Respuesta inoportuna ante la solicitud del programa domiciliario a las aseguradoras dueñas del paciente																	1. Realización de evaluaciones y rondas de verificación de adherencia a protocolos 2. Notificación oportuna a la oficina jurídica por parte de la oficina de atención al usuario para agilizar trámites con aseguradoras 3. Participar en la elaboración del plan de compras anual para evitar el desabastecimiento total de los insumos	Subdirección y Coordinadora UES Terapia Intensiva	Permanente	
	F. Interno	Falta de oportunidad en el servicio de banco de sangre No disponibilidad de hemoderivados ante la demanda que genera UES																	1. Elaborar solicitudes de insumos (seguimiento) 2. Notificar a la Dirección Administrativa la no obtención de los pedidos	Coordinación de UES	Semanal	
	F. Interno	No disponibilidad de equipos, medicamentos y/o material médico-quirúrgicos requeridos para la admisión de pacientes									CRITERIOS DE INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO Y A LA UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO GPC-UTI-008	Preventivo							Realizar seguimiento a cumplimiento (adherencia) de lineamientos de la Guía	Subdirección y Coordinadora UES Terapia Intensiva	Permanente	
APOYO	F. Interno	Carencia de recursos económicos para asumir nuevas contrataciones y/o ajustar la planta de personal a las necesidades de la entidad. Perfiles o cargos con poca oferta en el mercado. Demora en el proceso de selección por parte de las asociaciones gremiales. Deserción de personal.	9	Recurso Humano Insuficiente para el desarrollo de los diferentes procesos del hospital	Procesos con Talento Humano insuficiente, dificultando respuesta oportuna a los requerimientos y al logro de los objetivos institucionales	Operativo	No calidad en la atención Incremento del numero 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	1. Participar en la elaboración del estudio técnico de redefinición institucional con el fin de ajustar la planta del personal a la realidad de los procesos institucionales. 2. Implementación del procedimiento plan anual para la provisión de cargos.	Jefe de la Oficina de Gestión del Talento Humano	Diciembre de 2016	Estudio Técnico de Redefinición Institucional (documento) % de procesos con talento humano planificado
APOYO	F. Interno	No generar consolidados permanentes de PQRSF pendientes de respuesta.	10	Respuesta inoportuna e ineficaz a las peticiones (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. No se da respuesta oportuna y en forma eficaz a las peticiones, quejas, reclamos o sugerencias presentadas por los ciudadanos, usuarios del servicio y familiares	Cumplimiento	Demandas por incumplimiento a normas legales. Insatisfacción a las necesidades y expectativas del usuario. Perdida de imagen y credibilidad Institucional. Acciones judiciales (Derecho de petición, demanda, tutela) Insatisfacción del usuario Perdida de imagen corporativa	Casi Seguro (5)	Moderado (3)	E: Zona de Riesgo Extrema	Consolidados Permanentes de PQRSF (Pendientes de respuesta)	Correctivo	1	0	Probable (4)	Moderado (3)	A: Zona de Riesgo Alta	Reducir el Riesgo	Realizar Consolidados permanentes de PQRSF pendientes de Respuesta	Auxiliar Administrativo Atención al Usuario.	Enero - Diciembre de 2016	Oportunidad de la gestión de PQRS % PQRSF resueltas dentro del termino
	F. Interno	Falta de seguimiento al 100% de PQRSF registras en la Herramienta Tecnológica "Cross".									Seguimiento Trimestral a la gestión de PQRSF Seguimiento al 100% de PQRSF registradas (Cross, E-mail, Personalizados, Oficios Internos, Telefónico)	Correctivo	1	0					Hacer Seguimiento al 100% de PQRSF registradas en el Cross, a través de E-mail, Personalizados, Oficios Internos, Telefónico	Profesional Universitaria, Auxiliares Administrativos Atención al Usuario.	Enero - Diciembre de 2016	
	F. Interno	Falta de actualización, difusión o adherencia a los procedimientos de información y atención al usuario									Consolidados mensuales de PQRSF e Indicadores	Correctivo	1	0					Realizar Consolidados mensuales de PQRSF e Indicadores.	Profesional Universitario Atención al Usuario.	Mensual	
	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	Gestión de Atención al Usuario	Enero - Diciembre de 2016	
																			Medir la oportunidad y calidad (pertinencia) de las respuesta dadas	Gestión Integral de Atención al Usuario	Trimestral	
	F. Interno	Fallas en el análisis de la información y establecimiento de planes de mejoramiento, frente Atención al Usuario.									Software CROSS	Correctivo	1	0					Generar informes de seguimiento a la Gestión de PQRSF	Jefe de Control Interno	Trimestral	
											Seguimiento a los planes de mejoramiento frente a atención al usuario	Correctivo	1	0					Fortalecer el seguimiento a la gestión y a los planes de mejoramiento de PQRSF	Gerencia Administrativa Gestión Integral de Atención al Usuario	Enero - Diciembre de 2016	
	F. Interno	Deficiente control sobre la gestión de PQRS																	Evaluar de manera independiente la atención e información al ciudadano y retroalimentar resultados	Jefe Oficina de Control Interno	Semestral	
	F. Interno	Inexistencia de sistema de consecuencias																	Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupción en materia de no respuesta al ciudadano	Jefe de Control Interno Disciplinario	Enero - Diciembre de 2016	
APOYO	F. Interno	No contar con controles informáticos de acceso a la información / No implementación del procedimiento de entrega de puesto	11	Perdida de Información (Vulnerabilidad de la Información)	Se presenta por manejo inadecuado o alteración de la información o por fallas en el control al acceso y su custodia, lo que ocasiona que la institución no disponga de la información requerida para la toma de decisiones.	Operativo / Tecnología	Fallas en la toma de decisiones, falta de oportunidad en el acceso y disponibilidad de la Información. Pérdida de credibilidad e imagen corporativa Perdidas financieras Demandas Sanciones Bajo nivel de gestión institucional en los Procesos. Baja capacidad de respuesta a solicitudes Externas e Internas. Toma de decisiones inadecuada. Pérdida de Credibilidad e imagen corporativa Sanciones Legales, Económicas y Disciplinarias a la Institución y funcionarios. Reprocesos en la Gestión.	Casi Seguro (5)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	Política de Gestión de la Información	Preventivo	0	0	Probable (4)	Moderado (4)	E: 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-008	Gerencia Administrativa Gestión de la Información	Junio de 2016	Política de Gestión de la Información Copia de seguridad institucional externa implementada Tablas de Retención Documental aplicadas Procesos HUV capacitados en Gestión Documental. % perdida de información
	F. Interno	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a los procedimientos y políticas de información																	Implementar el procedimiento de entrega de información ante movimientos internos de personal o retiro	Gestión de Talento Humano	Junio de 2016	
	F. Interno	Incumplimiento de Normatividad relacionada (la Ley General de Archivos Ley 594 de 2000, Ley 1712 de marzo 2014 y Decreto Reglamentario 103 de 2015, etc.)										Preventivo	0	0					Realizar la gestión correspondiente para la aprobación del proyecto DRP. Solución UTM con funcionalidades de seguridad, sistema de prevención de intrusos, control de navegación web, entre otros	Subgerencia de Gestión de la información.	Diciembre de 2016	
	F. Interno	Insuficiencia de espacios y áreas para la custodia y conservación de los documentos(archivo central).																	Establecer y aplicar mecanismo de control y seguimiento del UTM	Subgerencia de Gestión de la información.	Junio de 2016	
	F. Interno	No aplicación de las TRD.																	Implementar un file server de seguridad para la información de los diferentes procesos del HUV	Subgerencia de Gestión de la información.	Junio de 2016	
	F. Interno	Fallas de funcionarios autorizados en la reserva de claves personales de acceso									Copias de Seguridad Backup	Correctivo	0	2					Concluir la integración del sistema de información HUV: Módulos administrativos, financieros y clínicos	Gerencia Administrativa	Enero - Diciembre de 2016	
	F. Externo	Virus Informático																	Realizar Copias de Seguridad del sistema central del HUV.	Subgerencia de Gestión de la información.	Enero - Diciembre de 2016	
	F. Interno	No establecer perfiles ni dimensionar los permisos de acceso a la información a los usuarios finales									Claves y Perfiles de acceso definidos	Preventivo	1	0					Implementar una copia de seguridad institucional externa	Gerencia Administrativa	Junio de 2016	
	F. Interno	Manipulación inadecuada o alteración de la información.																	Instalar de acuerdo a prioridades protección con antivirus licenciado	Gerencia Administrativa Gestión de la Información	Enero - Diciembre de 2016	
	F. Externo	Emergencia o desastre									Tablas de Retención Documental	Preventivo	0	0					Desarrollar de proyecto de infraestructura para archivo	Gerencia Administrativa	Diciembre año 2016	
	F. Interno	Errores de Programación que alteren la información																	Capacitar a los procesos en el manejo de Archivos de Gestión - Tablas de Retención Documental	Gerencia Administrativa	Junio - Diciembre de 2016	
	F. Externo	Siniestros como Robo, Incendios, fallas eléctricas, catástrofes naturales, entre otros.									Ventanilla Única	Preventivo	1	0					Fortalecer y desplegar el funcionamiento de la Ventanilla Única	Gerencia Administrativa	Julio - Diciembre de 2016	
APOYO	F. Interno y Externo	Insuficiente recurso económico para pago oportuno a Proveedores.	12	Incumplimientos en la entrega de bienes y servicios que requieren los procesos para el cumplimiento de 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	Bajo nivel de gestión, deterioro de la imagen institucional, demandas, incumplimiento de la plataforma estratégica (misión, visión, objetivos estratégicos, planes y programas.)	Casi Seguro (5)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	Plan de Desarrollo, Planes de Acción	Correctivo	1	0	Probable (4)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Definir el direccionamiento del proceso: Política de Compras (Adquisición, Incorporación, Uso y Evaluación de la Tecnología), Plan Anual de Compras y definir el Comité de Compras	Gerente Administrativo Subgerente Gestión Técnica Jefe Oficina Asesora de Planeación	Junio de 2016	Oportunidad de los despachos % de cumplimiento de entrega de solicitudes
	F. Interno	Ausencia de direccionamiento estratégico del proceso Gestión de Suministros: lineamiento institucional (Política de compras), plan anual de compras, comité de compras									Proceso y procedimientos estandarizados para la gestión de suministros.	Preventivo y Correctivo	0	0					Actualización de Procedimientos de Suministros, Compras y Almacén	Gerente Administrativo	Junio de 2016	
											Plan Anual de Compras	Correctivo	0	0					Realizar seguimiento al cumplimiento del plan de compras y necesidades de la Institución.	Gerente Administrativo	Mensual	
	F. Interno	Deficiente cultura de control y medición por parte del proceso de Gestión de Suministros																	Medir y mejorar la oportunidad y calidad de los despachos	Gerente Administrativo	Mensual	% de cumplimiento mensual del plan de compras
	F. Interno	Bienes que no cumplen con los requisitos técnicos exigidos por la institución.									Indicadores de Gestión	Correctivo	0	0					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.)	Gerente Administrativo	Mensual	% de cumplimiento actividades Plan de Acción
APOYO	F. Externo	Incumplimiento en los pagos de cartera	13	Iliquidez (Recursos insuficientes para la operación de los servicios)	No contar con recursos suficientes para la operación)	Financiero	No contar con los recursos financieros requeridos para soportar la operación. Incumplimiento de compromisos financieros Perdida de imagen corporativa	Probable (4)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	Proyecto de Presupuesto	Preventivo y Correctivo	1	0	Posible (3)	Mayor (4)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Formular el Proyecto de Presupuesto	Gerencia Financiera	Octubre de 2015	Fortalecimiento de los Ingresos. Recuperación de cartera / Proyección de cartera vigencias anteriores = % Cumplimiento de recaudo proyectado para Presupuesto de ingresos 2016 Saneamiento de Pasivos. % de conciliaciones realizadas de manera trimestral = cantidad de entidades conciliadas / numero de entidades con cartera representativa
	F interno	Incumplimiento en la trazabilidad de facturas de prestación de servicios (Inconsistencias Facturación)										Preventivo y Correctivo	1	1					Realizar ejecución del Presupuesto	Gerencia Financiera	Enero - Diciembre de 2016	
	F interno	Falta de ayudas alternas al aplicativo de SERVINTE para el proceso de radicación									Conciliación permanente 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. Cesiones 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	Gerencia General Gerencia Financiera	Enero - Diciembre de 2016	
	F interno	Deficiencias en los cargues de las atenciones (Facturación)									Actas de Acuerdo de Pago	Correctivo	1	0								
	F. Interno	Inoportunidad de actualización de validadores de RIPS de las diferentes entidades aseguradoras									Cobros coactivos de manera inmediata posterior al incumplimiento	Correctivo	0	1								
APOYO	F. Interno	Rotación constante de personal en todas las áreas.	14	Inadecuada gestión integral de los residuos (hospitalarios y similares)	Se presenta cuando hay fallas a nivel interno y externo que impiden dar cumplimiento a la gestión ambiental	Operativo	Sanciones ambientales y administrativas. Contaminación ambiental. Deterioro de la imagen corporativa. Incremento de los costos institucionales en el manejo de desechos, afectación de la salud pública	Casi Seguro (5)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	Autoevaluación de Política Ambiental	Preventivo	2	1	Probable (4)	Mayor (4)	E: Zona de Riesgo Extrema	Evitar y reducir el Riesgo	1. Implementar programa de auditoria para el mejoramiento de la Calidad 2. Diseñar plan de autoevaluación. 3. Realizar lista de verificación institucional para definir los ítems a verificar. 4. Realizar en el formato el informe de auditoría y enviar a los auditados para la formulación de los planes de mejoramiento.	Gestión Ambiental	Mensual	Cumplimiento plan de autoevaluación.
											Comité GAGAS	Preventivo y Correctivo	2	1					1. Realizar Seguimiento al cumplimiento del comité de Gagas, cumplir cronograma de reuniones, verificar con actas y compromisos del Comité. 2. Realizar matriz legal de la normatividad ambiental para el hospital. 3. Auditorias a la Política Ambiental.	Subgerente Gestión logística Hospitalaria y Ambiental	Mensual	Seguimientos a la disposición final de Desechos peligroso.
	F. Interno	Falta de compromiso de todos los procesos y áreas.									Manual de PGIRHS	Preventivo	1	2					1. Actualización, diseño e implementación del PGIRHS. 2. Realizar parágrafo que exija el cumplimiento ambiental por parte de los contratistas para incluir en los contratos de obras, proyectos o actividades que se ejecuten en el HUV. 3. Seguimiento y control a la implementación.	Subgerente Gestión logística Hospitalaria y Ambiental	Mayo de 2016	% de residuos peligrosos por otros generadores
	F. Interno	Insuficiencia de recursos (económico, físico y humano) para la gestión integral									Seguimiento de pesaje y registro diario de los residuos generados en la ruta interna	Preventivo	2	2					1. Implementar con el servicio de aseo un control para verificar la correcta segregación de las basuras por área. 2. Coordinar con Ciudad Limpia el aforo semestral de los residuos ordinarios del hospital.	Subgerente Gestión logística Hospitalaria y Ambiental	Mensual	Total de personas capacitadas
	F. Interno	Bajo nivel de adherencia a los procesos y procedimientos de la gestión ambiental por parte de funcionarios, aliados estratégicos y demás comunidad hospitalaria en general																			Semestral	% cumplimiento segregación en la fuente
	F. Interno	Incumplimiento normativo en el manejo de los residuos									Programa de capacitaciones en el manejo adecuado de los residuos.	Preventivo	2	1					1. Contratar un ingeniero ambiental para fortalecer la periodicidad e intensidad de las capacitaciones. 2. Fortalecer la periodicidad e intensidad de las capacitaciones. 3. Verificar el cumplimiento del Plan de capacitaciones. 4. Diligenciar listado de asistencia.	Subgerente Gestión logística Hospitalaria y Ambiental	Febrero - Diciembre de 2016	% de reciclaje

ESTRATEGICO MISIONAL APOYO CONTROL	F. Interno	Desconocimiento de las funciones.	15	Concentración 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	Perdida de imagen	Catastrófico (5)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	Políticas, normas, procesos, reglamentos, manuales de funciones.	Preventivo	0	0	Catastrófico (5)	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.	Gerentes HUV	Enero - Diciembre de 2016	Gestión de casos de concentración de autoridad y exceso de poder reportados: Total de casos gestionados / Total de casos reportados
	F. Interno y Externo	Ausencia de Control									Comité de convivencia y acoso laboral	Preventivo y Correctivo							Identificar y sensibilizar a los servidores públicos en condiciones de mayor vulnerabilidad frente a delitos de corrupción	Identificación: Gestión del Talento Humano, Sensibilización: Control Interno, CID y OAP	1 Actividad/año. Identificación: II trimestre 2016 (Abril-Junio), sensibilización: II semestre 2016 (Junio - Diciembre)	
	F. Externo	Contexto Político											0	0								
	F. Interno y Externo	Prevalencia de Intereses particulares																				
ESTRATEGICO MISIONAL APOYO CONTROL	F. Interno y Externo	Ausencia de Control	16	Manipulación del Manual de Funciones y Competencias Laborales para la vinculación de personal	Cambios sustanciales en el Manual de Funciones y Competencias Laborales de uno o varios cargos públicos para que corresponda al perfil de una persona particular y así poder vincularla a la Entidad	Corrupción	Mal clima laboral y desempeño institucional Perdida de imagen y confianza institucional	Catastrófico (5)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	Sistema de Control Interno	Preventivo	0	0	Posible (3)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Repensar y redefinir la estructura organizacional con base en la realidad y necesidad actual	Alta Gerencia (Líder: Oficina Asesora de Planeación)		Acto administrativo de adopción del nuevo Manual de Funciones Y Competencias Laborales HUV
	F. Externo	Contexto Político																				
	F. Interno y Externo	Prevalencia de Intereses particulares									Comisión de Personal	Preventivo	2	0								
	F. Externo	Amiguismo y clientelismo																	Concluir la revisión y actualización del Manual de Funciones y Competencias Laborales	Gestión del Talento Humano	Términos de ley	
ESTRATEGICO MISIONAL APOYO CONTROL	F. Interno	Insuficiente talento humano en la planta de personal con perfiles y competencias específicas para asignar funciones de supervisión..	17	Concentrar las labores de supervisión de múltiples contratos en poco personal	Asignar demasiadas responsabilidades de supervisión de contratos en 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	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 HUV de interventoría y supervisión de contratos	Preventivo	0	0	Probable (4)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Notificar y capacitar a los supervisores una vez sean elegidos	Oficina Jurídica	Permanentemente	Indicador de concentración: # de supervisores / # de contratos
																			Realizar re inducción a supervisores que estén ejerciendo la labor actualmente		Mayo de 2016	
ESTRATEGICO MISIONAL APOYO CONTROL	F. Interno y Externo	Intereses Particulares	18	Decisiones ajustadas a intereses particulares	Decisiones institucionales tomadas de manera subjetiva beneficiando intereses particulares, esto por la falta de definición de términos de referencia bien formulados y deficiente aplicación de la fase de planeación en el proceso contractual	Corrupción	Incumplimiento de metas y objetivos institucionales Detrimento patrimonial Demandas por parte de otros proponentes	Catastrófico (5)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	Estatuto Contractual	Preventivo y Correctivo	0	0	Probable (4)	Catastrófico (5)	E: Zona de Riesgo Extrema	Reducir el Riesgo	Realizar seguimiento y evaluación al cumplimiento de las políticas, planes y programas institucionales	Direccionamiento Estratégico	Anualmente	No. De seguimientos y evaluaciones realizadas
											Código de Ética y Buen Gobierno	Preventivo							Revisar, actualizar y socializar el estatuto contractual HUV	Oficina Jurídica	Tiempo supeditado a la redefinición de la estructura organizacional	