



HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA E.S.E

MATRIZ MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

AÑO: 2017

PROCESO	N°	RIESGO	1 IDENTIFICACION DEL RIESGO		3 EVALUACION DEL RIESGO			4 EVALUACION DEL RIESGO		5 INFORMACION Y MONITOREO			
			DESCRIPCION	CLASIFICACION DEL RIESGO	EFFECTOS (CONSECUENCIAS)	PROBABILIDAD	IMPACTO	SEVERIDAD (RANGO IMPACTO)	CONTEXTO EXISTENTE	ACCIONES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	INDICADOR DE LA ACCION
ESTRATEGICO/ CONTROL	1	NO LOGRAR LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES	La institución no realiza de manera sistemática la medición y evaluación a la gestión de todos sus procesos, con excepción de diagnóstico y mejoramiento de su sistema de control interno. Falta de información, seguimiento y evaluación de la Gestión Institucional (Gestión, Operación, Mantenimiento, Atención al Usuario, Atención al Cliente, Atención para el Mejoramiento de la Calidad), y del Sistema de Control Interno.	Estrategico	Falta de información para la evaluación de la gestión. Falta de oportunidad para la toma de decisiones de alta dirección. Insuficiente información de la gestión de los procesos. Declaración de la imagen institucional sancionada.	Probable (4)	Mediano (3)	E. Zona de Riesgo Extrema	METODOLOGIA DE PLANEACION INSTITUCIONAL (SP-GC-001)	Formular Plan de Desarrollo 2017 - 2019. Plan de Acción HVU 2017. Plan Operacional Institucional 2017. Solicitar Mapa de Procesos y Organigrama 2017.	Oficina Planeación	Mayo de 2017 Marzo de 2017 Enero de 2017	Plan de Desarrollo 2017 - 2019 Plan de Acción HVU 2017 Plan de Gestión Operacional HVU 2017
									ALTORES INTERNAS	Ejecutar Programa Anual de Auditorías (PAAC). Revisión Final. Auditoría Interna de Gestión.	Oficina Calidad Gerencia General Oficina Control Interno	Auditorías Internas Mayo - Diciembre de 2017 Revisión Final: Septiembre-Octubre de 2017	% de Cumplimiento de los Programas Anuales de Auditoría
									PRESENTACION DE INFORMES DE GESTION PROCESOS MISIONALES (NG-GC-001)	Actualizar la Gestión de cada proceso. Reforzamiento la Actualización de la Gestión mediante planes institucionales.	Subgerencia de Servicios de Salud Subgerencia Financiera Subgerencia Administrativa	Trimestral	Informe de Gestión
									COMITES INSTITUCIONALES (Directivos, Subgerenciales, Administrativos y de Control)	Garantizar el funcionamiento de los comités institucionales.	Subgerencia de SSS Subgerencia Financiera Subgerencia Administrativa	Según Cronograma de Comités HVU	Actas de Comité Según Cronograma
									SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORAMIENTO (PR-GC-005)	Realizar capacitación en Planes de Mejoramiento. Fortalecer el seguimiento a planes de mejoramiento.	Oficina PC (Oficina Gestión de Talento Humano) Subgerencia de SSS Subgerencia Financiera Subgerencia Administrativa	Enero - Diciembre de 2017	% Cumplimiento Planes de Mejoramiento
										Realizar seguimiento a Planes de Mejoramiento. Seguimiento al cumplimiento de los acuerdos de gestión.	Oficina Control Interno Oficina Calidad Oficina Gestión de Talento Humano	Enero - Diciembre de 2017	
ESTRATEGICO/ CONTROL	2	TOMAR DECISIONES ESTRATEGICAS CON INFORMACION INSUFICIENTE O INADECUADA	La falta de decisiones estratégicas en el gobierno, por la información insuficiente o inadecuada de los indicadores de gestión.	Estrategico	Falta de información para la evaluación de la gestión. Falta de oportunidad para la toma de decisiones de alta dirección. Insuficiente información de la gestión de los procesos. Declaración de la imagen institucional sancionada.	Probable (4)	Mayor (4)	E. Zona de Riesgo Extrema	COMITÉ DIRECTIVO		Oficina Planeación	Abril - Mayo de 2017	Balance Score Card (Cuadro de Mando Integral)
									GUÍA METODOLÓGICA DE INDICADORES DE GESTIÓN (GG-GC-001)	Definir e implementar el Balance Score Card (Cuadro de Mando Integral - Indicadores).	Oficina Planeación		
ESTRATEGICO/ MISIONAL	3	NO ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA EN LA PRESTACION DEL SERVIDO	La institución no logra la calidad esperada en la atención, en el proceso de gestión de riesgo, las actividades de auto-evaluación, seguimiento, de capacitación y la certificación institucional, lo cual afecta la credibilidad de servicios de salud y la confianza institucional y calidad de manera accesible y oportuna. La atención en salud no alcanza el estándar, entre sus dimensiones técnica e instrumental, generando problemas de calidad en la atención. No logra la acreditación y mantener condición de Hospital Universitario. Pérdida de competitividad. Pérdida de la imagen institucional. No satisfacción del usuario. No logra las objetivos institucionales. Incremento de Eventos Adversos (IAAS) y medicamentos. No logra la acreditación institucional. No satisfacción del usuario y partes interesadas. Declaración de imagen institucional sancionada.	Operativo / Imagen	No logra la acreditación y mantener condición de Hospital Universitario. Pérdida de competitividad. Pérdida de la imagen institucional. No satisfacción del usuario. No logra las objetivos institucionales. Incremento de Eventos Adversos (IAAS) y medicamentos. No logra la acreditación institucional. No satisfacción del usuario y partes interesadas. Declaración de imagen institucional sancionada.	Probable (4)	Mayor (4)	E. Zona de Riesgo Extrema	POLITICA DE CALIDAD (POL-GC-003)	Fortalecer el despliegue institucional de la Política de Calidad.	Oficina Calidad	Enero - Diciembre de 2017	
									MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD (SP-GC-002)	Fortalecer el seguimiento al PAEMEC (Acreditación).	Oficina Planeación	Diciembre de 2017	
									AUTOEVALUACION DEL CONTROL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (MEC-GC-010)	Realizar la Autoevaluación del Control.	Oficina Calidad	Octubre - Diciembre de 2017	
									POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (POL-GC-012)	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	
									PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (PR-GC-001)	Realizar seguimiento y control de la medición de la adherencia a prácticas seguras (Ingeniería de procesos - estándares).	Subgerencia de SSS Oficina Epidemiología	Trimestral	Indicadores de Calidad - Circular Única Oportunidad de la Atención
									AUTOEVALUACION PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Seguimiento y evaluación a Política y Programa de Seguridad del Paciente.	Subgerencia de SSS	Enero - Diciembre de 2017	% Vigilancia y Gestión de Eventos Adversos, Sancionados de Usuarios
									POLITICA DE HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD (POL-GC-004)	Seguimiento a evaluación a Política y Programa de Humanización de la Atención.	Subgerencia de SSS	Enero - Diciembre de 2017	
									PROGRAMA DE HUMANIZACION DE LA ATENCION EN SALUD (PR-GC-004)	Elaborar y socializar programas humanización y reactivación.	Subgerencia de SSS	Enero - Diciembre de 2017	
									COMITES INSTITUCIONALES de Farmacia y Terapéutica, Seguridad del Paciente, SICA (Ingeniería, Transparencia, Atención a Usuarios Clínicos)	Ejecutar los programas de Farmacovigilancia, farmacogenética.	Subgerencia de SSS	Enero - Diciembre de 2017	
									PROCEDIMIENTO DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS	Seguimiento a reporte y gestión de Eventos Adversos.	Subgerencia de SSS	Enero - Diciembre de 2017	
ESTRATEGICO/ MISIONAL	4	REPORTE DE INFORMACION INSTITUCIONAL FUERA DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS	El reporte de procesos requiere información de los áreas de control en los tiempos establecidos.	Cumplimiento	Sanciones	Posible (3)	Mayor (4)	E. Zona de Riesgo Extrema	NORMOGRAMA INSTITUCIONAL	Elaborar y desplegar matriz de información institucional para el envío y reporte de información a áreas de control.	Oficina Planeación	Junio de 2017	Formular el Plan de Mejoramiento e Informe de Gestión (Cierre 2100, Causar Única, Circular 100, PIA, INEHA y otros)
										Establecer responsabilidades y procedimientos para reporte de información a áreas de control.	Oficina Planeación	Ago de 2017	
										Controlar el cumplimiento (seguimiento) de los tiempos de envío y reporte de información (institucional).	Oficina Planeación Oficina Control Interno	Trimestral	
										Controlar el cumplimiento (seguimiento) de los tiempos de envío o reporte de información (por los procesos).	Oficina Planeación Oficina Control Interno	Trimestral	
ESTRATEGICO/ PODIO	5	FALTA EN LA COMUNICACION INSTITUCIONAL FUERA DE LA INFORMACION INSTITUCIONAL	La información y comunicación institucional en Internet como que involucra al público de operación por procesos y la parte administrativa (operación), la parte de atención al usuario y atención al cliente institucional, el logro de los objetivos institucionales y la satisfacción de partes interesadas.	Estrategico / Tecnológico / Imagen	Pérdida de imagen corporativa. Insatisfacción del usuario. No cumplimiento de políticas y procedimientos institucionales. Incumplimiento normativo. No logra de los objetivos institucionales. Declaración de la imagen institucional sancionada. Declaración de imagen institucional sancionada.	Probable (4)	Mediano (3)	E. Zona de Riesgo Extrema	POLITICA DE COMUNICACION PUBLICA (POL-GC-003)	Actualizar la Política de Comunicación Institucional. Promover el uso adecuado de canales internos de comunicación. Formular e implementar el Plan de Comunicaciones HVU.	Gerencia General Oficina Comunicaciones	Enero - Diciembre de 2017	Plan de Comunicación HVU 2018 implementado. Programa de Gestión Documental HVU implementado. Sistema de Información Integrado. No. Personal Capacitado en CARILMA.
										Implementar proyecto para desarrollo de Página web institucional con cumplimiento de requisitos de gobierno en línea.	Subgerencia Administrativa	Enero - Diciembre de 2017	
									SOFTWARE ORIENTADA	Fortalecer el despliegue en el manejo del software (Capacitar al personal en manejo de Módulos Documentales).	Oficina Calidad	Enero - Diciembre de 2017	
									VENTANILLA ÚNICA	Fortalecer la utilización de los formatos de comunicación interna y externa y desplegar el funcionamiento de la Ventanilla Única.	Gerencia Administrativa	Junio de 2017	



HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCÍA E.S.E

MATRIZ MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

AÑO: 2017

PROCESO	1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO					2. ANÁLISIS DEL RIESGO			3. VALUACIÓN DEL RIESGO		4. IDENTIFICACIÓN Y ASIGNACIÓN			
	Nº	NOMBRE	DESCRIPCIÓN	CLASE DE RIESGO	EFECTOS/CONSECUENCIAS	CAUSAS		EVALUACIÓN	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	INDICADOR DE LA ACCIÓN	
						Probabilidad	Impacto							
OPORTO	11	INCUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE BIENES Y SERVICIOS QUE REQUIEREN LOS PROCESOS PARA REALIZAR SU GESTIÓN	Se entregan y servicios recibidos por los procesos de la institución, no se diligencian oportunamente o en la cantidad requerida, lo cual afecta el cumplimiento de los procesos por primera y a su vez la gestión institucional	Operativo	Falta de oportunidad en la atención del cliente. No poder cumplir con los objetivos organizacionales	Casi Seguro (5)	Catastrófico (5)	E. Zona de Riesgo Extrema	COMITÉ DE COMPRAS	Revisar operación al Comité de Compras. Tener control de Inventario del Comité de Compras. Medir la gestión del proceso Gestión de Compras (Evaluador: reuniones operativas mensuales del área donde se haga seguimiento al cumplimiento de las actividades de compra de acuerdo a la institución)	Subgerencia Administrativa	Abril - Diciembre de 2017	% de cumplimiento de entrega de solicitudes	
									PROCEDIMIENTOS DE LA GESTIÓN DE SUMINISTROS	Actualizar Procedimientos de Gestión de Suministros	Subgerencia Administrativa	Junio de 2017		
									PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES	Realizar seguimiento al cumplimiento del plan de compra y necesidades de la institución. Medir la oportunidad y calidad de los despachos	Subgerencia Administrativa	Manual		
OPORTO	12	LIQUIDAR RECURSO ECONOMICO REQUERIDOS PARA LA OPERACIÓN DE LOS PROCESOS	No contar con recursos económicos suficientes para la ejecución institucional	Financiero	No contar con los recursos financieros requeridos para ejecutar la operación. Incumplimiento de compromisos financieros. Pérdida de imagen corporativa	Probable (4)	Catastrófico (5)	E. Zona de Riesgo Extrema	PROYECTO DE PRESUPUESTO	Formular el Proyecto de Presupuesto. Realizar ejecución del Presupuesto. Monitorear la Gestión de Facturación y Cobranzas	Subgerencia Financiera	Octubre de 2017	Fideicomiento de los ingresos. Recuperación de cartera / Proyección de cartera operativa anterior + % Cumplimiento de requisitos proyectados para Fideicomiento de ingresos 2016. Semanario de Pájaros. % de cumplimiento realizado de metas (cantidad de entidades consultadas / número de entidades con cartera representativa)	
									CONCLUSIÓN DE CIFRAS DE CARTERA	Con el recurso recuperado de las vigencias anteriores debe darse el desarrollo al saneamiento de pasivos, y con la recuperación de la vigencia presente la operación de los contratos, así como con el:	Subgerencia Financiera	Enero - Diciembre de 2017		
									ACTAS DE ACUERDOS DE PAGO	1. Realizar Conciliación permanente de cifras de cartera. 2. Realizar Análisis de Avance del Pago, conciliación con mecanismo de conciliación. 3. Realizar Notificación a la entidad de conformidad con el pago de acuerdo con mecanismo de conciliación. 4. Hacer sobre las cuentas de manera inmediata posterior al cumplimiento. 5. Cierre de Cartera por conciliación. 6. Participación de las resoluciones emitidas por el Ministerio y Superintendencia Nacional de Salud para el saneamiento de cartera. Comité Comité de Cartera.	Subgerencia General. Subgerencia Financiera	Enero - Diciembre de 2017		
									COBRROS COACTIVOS INMEDIATOS AL INCUMPLIMIENTO					
OPORTO	13	BIEN AMBIENTAL Y EN LA SALUD	Se produce una afectación negativa en el ambiente físico, el cual puede manifestarse en la institución y a su vez en los requerimientos de los planes programas y estrategias de gestión ambiental	Operativo	Servicios ambientales y administrativos. Contaminación ambiental. Deterioro de la imagen corporativa. Incremento de los costos institucionales en el manejo de residuos. Afectación de la salud pública.	Casi Seguro (5)	Catastrófico (5)	E. Zona de Riesgo Extrema	POLITICA AMBIENTAL P.O. 05/09	1. Evaluar la Política Ambiental Vigente. 2. Actualizar, socializar e implementar Política Ambiental 2017	Oficina Gestión Logística y Ambiental	Julio de 2017 Agosto - Diciembre de 2017	Informe de Evaluación de la Política Ambiental Actualizada	
									COMITÉ GAGAS	1. Hacer seguimiento al cumplimiento del comité de GAGAS, cumplir con reuniones, verificar con las actas los compromisos de Comité	Oficina Gestión Logística y Ambiental	Manual		
									Plan de Gestión Integral para los Recursos Generados en la Atención en Salud y otros Activos (PIGASA)	1. Actualizar, socializar e implementar el PIGASA. 2. Hacer seguimiento y control a implementación.	Oficina Gestión Logística y Ambiental	Abril - Diciembre de 2017 Abril - Diciembre de 2017		
ESTRATEGICO	14	CONCENTRACIÓN DE AUTORIDAD O EJERCIO DE PODER	El ejercicio de autoridad de un servidor público que impide en el proceso administrativo que le permitan cumplir los demás requisitos de calidad.	Corrupción	Desorden institucional y Pérdida de imagen	Probable (4)	Catastrófico (5)	E. Zona de Riesgo Extrema	POLITICA, NORMAS, PROCESOS, REGLAMENTOS, MANUALES DE FUNCIONES Y PROCEDIMIENTOS	Promover la actualización y despliegue de las Políticas, Normas, Procesos, Reglamentos, Manuales de Funciones y Procedimientos.	Desarrollo Estratégico y la Gerencia General	mayo - diciembre de 2017	Gestión de casos de concentración de autoridad y exceso de poder aprobados. Total de casos gestionados. Total de casos gestionados.	
									COMITÉ DE CONVINCENCIA Y ACOSOS LABORALES	Identificar y sensibilizar a los servidores públicos en condiciones de mayor vulnerabilidad frente a delitos de corrupción	Identificación: Gestión del Talento Humano / Mesa de Transparencia, Sensibilización: Comité Interno, CID y CAP	Identificación: Agosto - Septiembre de 2017. Sensibilización: Agosto - Septiembre de 2017		
ESTRATEGICO	15	ROMPER A UNA PERSONA QUE NO CUMPLA CON EL PUESTO REQUERIDO PARA SERVICIOS PUBLICOS DE UN TERCERO	Que un perfil profesional ambientado a las necesidades laborales del contrato no se encuentre disponible en el mercado	Corrupción	Mal clima laboral y desempeño institucional	Posible (3)	Moderado (5)	A. Zona de Riesgo Alta	SISTEMA DE CONTROL INTERNO	Definir la estructura organizacional acorde a la visión de ser de la institución	Desarrollo Estratégico (J-Plan Gerencia General / Oficina Asesoría de Planeación)	mayo - Julio de 2017	Acto administrativo de adopción de la nueva estructura organizacional PLV	
									COMISION DE PERSONAL	Realizar la revisión y actualización del 100% del Manual de Funciones y Competencias Laborales	Gestión del Talento Humano	mayo - Diciembre de 2017		
ESTRATEGICO	16	CONCENTRAR LAS LABORES DE SUPERVISIÓN DE MÚLTIPLES CONTRATOS EN POCO PERSONAL	Falta de definición institucional de responsabilidades de control en algunos servidores públicos en control con el perfil de control 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 etapas contractuales). Afectación de la cobertura y calidad de la prestación de los servicios. Mal clima laboral y desempeño institucional. Pérdida de imagen y confianza institucional.	Probable (4)	Catastrófico (5)	E. Zona de Riesgo Extrema	MANUAL DE INTERVENCIÓN Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS	Equiparar la labor de supervisión entre los ámbitos de oficina contratadora y el personal de los procesos.		Permanente	Número de hallazgos en materia contractual dentro de las auditorías externas realizadas por áreas de control	
									MANUAL DE CONTRATACIÓN	Crear y administrar una base de datos con los contratos, supervisión y perfil de supervisión para el labor de supervisión.	Oficina Jurídica	mayo - diciembre de 2017		
ESTRATEGICO	17	INCUMPLIMIENTOS CONTRACTUALES	Falta de supervisión que resulta en la ejecución de contratos en exceso y a la ejecución de los mismos.	Cumplimiento	Deficiencias en la prestación de servicios. Sanciones administrativas y judiciales. Reputación deteriorada.	Probable (4)	Catastrófico (5)	E. Zona de Riesgo extremo	MANUAL DE INTERVENCIÓN Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS	Socializar el estatuto y manual de contratos y el manual de supervisión e intervención para el fortalecimiento de competencias.	Oficina Jurídica	Mayo - Diciembre 2017	Proceso de Gestión Contractual actualizado y acorde a las circunstancias especiales de la Empresa Social del Estado.	
									ESTATUTO CONTRACTUAL	Continuar con la auditoría de las cuentas que llegan a la tesorería para orden de pago.	Subgerencia Financiera	Mayo - octubre 2017		
ESTRATEGICO	18	SELECCIÓN DE OBJETIVO DE LA CONTRATACIÓN	Falta de definición de objetivos, no tenerlos presentes por el tipo de actividad de selección de personal y definición adecuada de los mismos de referencia en el proceso contractual	Corrupción	Incumplimiento de metas y objetivos institucionales. Deterioro patrimonial. Investigaciones locales, penales y disciplinarias.	Casi Seguro (5)	Catastrófico (5)	E. Zona de Riesgo Extrema	LABORES DE SUPERVISIÓN E INTERVENCIÓN	Revisar, ajustar e implementar el proceso de gestión contractual del Hospital atendiendo a las circunstancias especiales de la Empresa Social del Estado.	Oficina Jurídica	mayo-julio de 2017	0 hallazgos en materia contractual dentro de las auditorías externas realizadas por áreas de control	
									ESTATUTO CONTRACTUAL	Revisar el estatuto contractual PLV y el manual de contratación y hacer cumplir a totalidad	Oficina Jurídica	mayo-diciembre de 2017		