



Secretaría de Salud
Subred Sur E.S.E.

MAPA DE RIESGOS VIGENCIA 2018

MISION

La Subred Integrada de servicios de salud Sur del Distrito Capital, presta servicios de salud enmarcados en el modelo innovador de atención en red con enfoque en la gestión integral del riesgo, mejorando las condiciones de salud de nuestros usuarios de las localidades Usme, Ciudad Bolívar, Sumapaz y Tunjuelito, manteniendo la participación ciudadana urbana y rural

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

Mejorar las condiciones de salud de nuestros usuarios por medio de la prestación de servicios integrales de salud, enmarcados en un modelo innovador de atención en red.
Garantizar el manejo eficiente de los recursos que aporten a la implementación del modelo de atención en red.
Garantizar la sostenibilidad financiera de la subred sur.
Promover la participación y movilización comunitaria en el marco del modelo integral de atención

No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	CAUSAS		CONSECUENCIAS/ EFECTOS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE / ZONA DE RIESGO	ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO										PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO															
						INTERNAS						PREVENCIÓN CORRECTIVOS DETECTIVOS	HERRAMIENTAS PARA EJERCER EL CONTROL	SEGUIMIENTO AL CONTROL	CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES					PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL / ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO O DEL RIESGO: -EVITAR -REDUCIR -COMPARTIR O TRANSFERIR -ASUMIR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	FECHA CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir relacione un solo indicador asociado al objetivo del proceso)											
						INTERNAS	EXTERNAS								1	2	3	4	5																		
1	GESTION ADMINISTRATIVA	Tecnología Biomedica	Afectación de la prestación de servicios de salud asociado al mal funcionamiento de equipos biomédicos, de comunicaciones y de soporte	Tecnología	Tecnología	Fallas en la manipulación de equipos biomédicos, de comunicaciones y de soporte por parte de algunos colaboradores Sinistros (hurto). Por falla en la red hidráulica. Baja adherencia al cumplimiento de lineamientos de adecuado manejo de equipos Falla propia del equipo	Por falla en la red eléctrica pública. Inadecuado Mantenimiento.	Sobrecostos de operación. Daño irreparable de equipos. Cierre de Servicios de Salud. No atención a usuarios. Diagnósticos y/o tratamiento inadecuados Quejas Hallazgos de auditorías internas o externas Sanciones	5	Casi Seguro	5	CATASTRÓFICO	25	Extrema	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	3	Posible	3	MODERADO	9	Alta	REDUCIR	1. Definir los lineamientos internos de tecnología biomédica con énfasis en controles de obsolescencia 2. Socializar los lineamientos de gestión de tecnología a partes interesadas 3. Ejecutar el Plan de mantenimiento hospitalario 4. Ejecutar el plan de contingencia de gestión de tecnología para continuidad del servicio 5. Evaluar el cumplimiento del plan de mantenimiento hospitalario, analizando resultados	1. Agosto 2018 2. Continuamente 3. Continuamente 4. Según necesidades 5. Mensual	Cumplimiento de plan de mantenimiento Hospitalario (numero de actividades cumplidas del plan en el periodo/ total de actividades programadas en el periodo) Gestión de respuesta de correctivo (numero de necesidades gestionadas / numero de necesidades identificadas)
2	GESTION ADMINISTRATIVA	Tecnología Biomedica	Incumplimiento de plan de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos que afecte la continuidad del servicio (Falla de equipos por mala calibración).	Tecnología	Tecnología	Uso prolongado del equipo. Traslado recurrente de equipos. Inadecuada manipulación de equipos por parte de colaboradores.	Inadecuado protocolo de mantenimiento sugerido del fabricante Condiciones ambientales	Generación de evento o incidente adverso. Diagnóstico y tratamiento erróneo. Sobrecostos de operación. Sanciones Demandas Quejas Daño irreparable de equipo	3	Posible	3	MODERADO	9	Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	1	Rara vez	1	INSIGNIFICANTE	1	Baja	REDUCIR	1. Realizar rondas de seguridad de gestión de tecnología 2. Ejecutar el programa de calibración de equipos 3. Evaluar el cumplimiento del programa de calibración de equipos	1. Mensualmente 2. Agosto y diciembre 2018 3. Cuarto trimestre 2018	Cumplimiento del programa de calibración de equipos (equipos calibrados / equipos programados para calibración) semestral	
3	GESTION ADMINISTRATIVA	Tecnología Biomedica	Ocurrencia de evento adverso relacionado con la operación de la tecnología biomédica, de comunicaciones y de soporte.	Tecnología	Tecnología	Desconocimiento del plan de mantenimiento. Incumplimiento con los tiempos establecidos en el plan de mantenimiento Falla imprevista de equipos. Mala manipulación de equipos.	Falla en la red eléctrica.	Evento o incidente adverso. Daño en los equipos. Sobrecostos en el mantenimiento. Cierre de servicios Demandas Sanciones Quejas	5	Casi Seguro	4	MAYOR	20	Extrema	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	3	Posible	2	MODERADO	6	Mediana	REDUCIR	1. Socializar el plan de mantenimiento a las partes interesadas 2. Implementar estrategias que fortalezcan controles en la operación de la tecnología biomédica (guías de manejo rápido, cronograma de mantenimiento preventivo) 3. Evaluar el cumplimiento del plan de mantenimiento preventivo de equipos Se verifica la ejecución mensual de los mantenimientos.	1. Trimestralmente 2. Mensual 3. Mensual	Cumplimiento de plan de mantenimiento Hospitalario (numero de actividades cumplidas del plan en el periodo/ total de actividades programadas en el periodo) Gestión de respuesta de correctivo (numero de necesidades gestionadas / numero de necesidades identificadas)	
4	GESTION ADMINISTRATIVA	Tecnología Biomedica	Insuficiencia de equipos biomédicos que puedan afectar la continuidad del servicio de salud	Procesos	Estratégico	Hurto de equipos biomédicos Obsolescencia de equipos biomédicos Alto volumen de demanda del servicio de salud que supera la oferta de equipos biomédicos disponibles para los servicios Prolongado tiempo de uso de los equipos biomédicos Daño irreparable de equipos biomédicos	Hurto de equipos biomédicos Fallas en la red eléctrica	Demandas Cierre de servicios Quejas Sanciones Hallazgos de auditorías internas o externas Medición de continuidad de prestación del servicio a usuarios	3	Posible	3	MODERADO	9	Alta	Correctivo	SI	SI	SI	SI	NO	15	15	30	15	0	75	2	Probable	2	MODERADO	4	Baja	REDUCIR	1. Actualizar el inventario de equipos biomédicos y cruzarlo con inventario de activos fijos cuatrimestralmente 2. Realizar el índice de obsolescencia de equipos biomédicos 3. Realizar autoevaluación de habilitación del estándar de dotación 4. Evaluar cumplimiento del estándar de dotación según resolución 2003/2014	1. Cuatrimestral 2. Cuatrimestral 3. Anual 4. Anual	Suficiencia de equipo biomédicos según requisitos de habilitación: numero de equipos adquiridos según requisitos de habilitación / numero de equipos biomédicos identificados por requisitos de habilitación	

IDENTIFICACIÓN										ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO															PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO									
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	CAUSAS		CONSECUENCIAS/ EFECTOS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE / ZONA DE RIESGO	CONTROLE NATURAL DE LOS RIESGOS		PARAMETROS					CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL / ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO DEL RIESGO: - EVITAR - REDUCIR - COMPARTIR - TRANSFERIR - ASUMIR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	FECHA CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir relacione un solo indicador asociado al objetivo del proceso)								
						INTERNAS	EXTERNAS					PREVENTIVOS CORRECTIVOS DETECTIVOS	Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta	Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta	En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva	Están definidos los responsables de la ejecución del control y seguimiento	La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuada	1									2	3	4	5				
						INTERNAS	EXTERNAS					PREVENTIVOS CORRECTIVOS DETECTIVOS	Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta	Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta	En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva	Están definidos los responsables de la ejecución del control y seguimiento	La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuada	1									2	3	4	5				
5	GESTION ADMINISTRATIVA	PIGA	Acumulación de Residuos Hospitalarios por no recolección del gestor externo	Externo	Ambientales	1.EL documento PGRHS Institucional describe responsabilidades del gestor externo, sin definición de tiempos de espera para la recolección de residuos 2.Baja cobertura de socialización del PGRHS tanto a servicios generales como a los gestores externos 3.Falta de definición de acciones de coordinación ante situaciones de novedad (incapacidades, capacitaciones...) de auxiliares de servicios generales para que no se afecte la recolección de residuos, priorizando unidades con menor frecuencia de recolección (Arayanes, Flora, La Reforma...) 4.El personal de Servicios Generales no está presente en el momento que llega la empresa de recolección. 5.Los Gestores externos (Ecocapital) no esperan el tiempo suficiente para la recolección.	Desmejoramiento en la frecuencia de recolección de residuos hospitalarios derivado del cambio de operador (Aseo Capital - Lime) definido a nivel Distrital	Problemas de salud publica Generación de malos olores. Generación de plagas (moscas, cucarachas, rodeadores) Infecciones intrahospitalarias Demandas Sanciones Quejas Hallazgos de auditorías internas o externas	5	Casi Seguro	3	MODERADO	15 Extrema	Correctivo	SI	SI	SI	SI	NO	15	15	30	15	0	75	4	probable	2	MODERADO	8 Alta	REDUCIR	1. Actualizar y normalizar el PGRHS con fortalecimiento de controles y responsabilidades del gestor externo 2. Socializar el PGRHS al equipo de servicios generales y gestores externos, conforme a programación establecida 3. Implementar acciones de coordinación y apoyo por parte de auxiliares de servicios generales ante situaciones de novedad (incapacidades, capacitaciones...) que se les puedan presentar y afecten el desarrollo de entrega de residuos hospitalarios en los horarios establecidos con operadores 4. Realizar reuniones con los Gestores externos estableciendo acuerdos ante situaciones de tiempos de espera para la recolección de residuos 5. Evaluar el cumplimiento de PGRHS con énfasis en recolección de residuos hospitalarios, según verificación de manifiestos de transporte	1.Agosto 2018 2.Continuamente 3.Agosto 2018 4.Según necesidades 5.Mensual	Cumplimiento de frecuencias de recolección de residuos hospitalarios por parte de gestores externos (recolección de residuos hospitalarios por gestores externos en los horarios establecidos por cada unidad / horario de recolección de residuos hospitalarios establecidos para cada unidad)
6	GESTION ADMINISTRATIVA	PIGA	Afectación de condiciones ambientales del entorno derivadas de vertimientos contaminantes y/o emisiones atmosféricas	Procesos	Tecnología	1. La naturaleza de la prestación de servicios de salud conlleva a la generación de vertimientos y/o emisiones atmosféricas. 2. La tecnología actual usada para calentar el agua en la prestación de servicios de salud (Calderas) genera emisiones atmosféricas 3. El uso común de los puntos hidrosanitarios generan vertimientos al sistema de alcantarillado de la ciudad	-	Contaminación hídrica Contaminación atmosférica Contaminación del suelo Problemas de salud pública Hallazgos de auditoría internas o externas	2	Improbable	3	MODERADO	6 Moderada	Preventivo	SI	SI	SI	SI	NO	15	15	30	15	0	75	1	probable	2	MODERADO	2 Baja	REDUCIR	1. Monitorear la generación de vertimientos según la normatividad ambiental legal vigente. 2. Monitorear la generación de emisiones atmosféricas en las Calderas de la entidad. 3. Incentivar el uso eficiente del agua mediante las actividades del programa Uso Eficiente del Agua del PIGA.	1. Anualmente 2. Anualmente 3. Continuamente	Cumplimiento de parámetros fisicoquímicos (Parámetros fisicoquímicos cumplidos según caracterización y análisis / Parámetros fisicoquímicos exigidos por la normatividad ambiental vigente). Anual
7	GESTION ADMINISTRATIVA	PIGA	Afectación a la salud humana y el medio ambiente por incorrecta segregación de residuos hospitalarios	Personas	Ambientales	1. El documento PGRSH institucional describe de manera incompleta la correcta segregación de todos los residuos hospitalarios 2. Los colaboradores desconocen las instrucciones definidas en el PGRSH para la correcta segregación de residuos hospitalarios 3. El personal desataca las instrucciones definidas en el PGRSH para la correcta segregación de residuos hospitalarios 4. La entidad cuenta con insuficiente cantidad de envases para la correcta segregación de residuos hospitalarios	-	Incidentes laborales Problemas de Salud Pública Contaminación del suelo y el aire Sanciones Hallazgos de auditoría interna y externa	4	Probable	4	MAYOR	16 Extrema	Preventivo	SI	SI	NO	SI	SI	15	15	0	15	25	70	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	REDUCIR	1. Actualizar el documento PGRSH institucional para que describa de manera completa la correcta segregación de todos los residuos hospitalarios 2. Capacitar a los colaboradores en las instrucciones definidas en el PGRSH para la correcta segregación de residuos hospitalarios 3. Incentivar en el personal una cultura Ambiental institucional que afiance las instrucciones definidas en el PGRSH para la correcta segregación de residuos hospitalarios 4. Asegurar la suficiente cantidad de envases para la correcta segregación de residuos hospitalarios	1. Según necesidad 2. Mensualmente 3. Semestralmente 4. Según necesidad	Cobertura de capacitación en Segregación en la fuente de residuos : (Colaboradores Capacitados en Segregación en la fuente de residuos/Total de colaboradores) ANUAL
8	GESTION ADMINISTRATIVA	PIGA	Incumplimiento de las metas de los programadas del PIGA	Procesos	Ambientales	1. Las metas del PIGA no son acordes a las características de la entidad 2. La planeación estratégica del PIGA no es adecuada para dar cumplimiento a sus metas 3. Los colaboradores no internalizan completamente su responsabilidad para el cumplimiento de las metas del PIGA 4. La tecnología en uso no es la apropiada para el cumplimiento de las metas del PIGA	-	Disminución del Desempeño Ambiental de la entidad Pérdida de buena imagen Hallazgos de auditoría interna y externa Sanciones	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	Preventivo	SI	NO	SI	SI	NO	15	0	30	15	0	60	2	probable	2	MODERADO	4 Baja	REDUCIR	1. Actualización de las metas del PIGA para que sean acordes a las características de la entidad 2. Implementación de un cronograma que permita una planeación estratégica del PIGA adecuada para dar cumplimiento a sus metas 3. Incentivar en los colaboradores la completa internalización de su responsabilidad en el cumplimiento de las metas del PIGA 4. Gestionar la implementación de tecnología apropiada para el cumplimiento de las metas del PIGA	1. Anualmente 2. Anualmente 3. Mensualmente 4. Según Necesidad	Resultado de la Evaluación de Implementación del PIGA anual por parte de la SDA

No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	IDENTIFICACIÓN			ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO															PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO										
						CAUSAS		CONSECUENCIAS/ EFECTOS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE / ZONA DE RIESGO	CONTROLE NATURAL DE LOS RIESGOS		PARAMETROS					CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL / ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO DEL RIESGO: - EVITAR - REDUCIR - COMPARTIR - TRANSFERIR - ASUMIR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	FECHA CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir relacione un solo indicador asociado al objetivo del proceso)								
						INTERNAS						HERRAMIENTAS PARA EJERCER EL CONTROL																						
						INTERNAS	EXTERNAS					PREVENTIVOS CORRECTIVOS DETECTIVOS	PREVENTIVOS	SEGUEMIENTO AL CONTROL	1	2	3	4									5							
9	DESARROLLO INSTITUCIONAL	Gerencia del Riesgo	Vinculación de proveedores en la Subred que actúen como fachada o sean investigados por lavado de activos	Procesos	Lavado de activos y financiación del terrorismo	Falta de estandarización de lineamientos en SARLAFT Demoras en reporte de transacciones individuales y múltiples en efectivo mayores o iguales a \$ 5.000.000) o que superen los \$25.000.000), relacionada con pago a proveedores y procedimientos médicos, por parte de financiera desconocimiento del procedimiento REPORTE UIAF por parte de los involucrados en su aplicación fallas de aplicación de lineamientos de SARLAFT Falta de continuidad de herramienta de consulta de listas restrictivas a nivel exterior.	fallas técnicas de herramientas externas de consultas restrictivas LAFI Fallas de sistema de UIAF	Demandas Sanciones Quejas Hallazgos internos o externos asociados a SARLAFT. Incumplimiento de obligaciones de Oficial de cumplimiento	2	Improbable	2	MENOR	4 Baja	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	###	0	#NA	#NA	Evitar	1. Normalizar la documentación asociada a control de lavado de activos y financiación del terrorismo, avanzando en normalización control interno disciplinario 2. Socializar lineamientos en Sarlaf a las partes interesadas 3. Evaluar listas restrictivas de proveedores que cumplan con requisitos definidos a nivel de LAFI 4. cumplir con el reporte de Operaciones sospechas en UIAF mensualmente	1. Junio de 2018 2. Julio de 2018 3. Mensual 4. Mensual	Reporte UIAF mensual (transmisión reporte UIAF MENSUAL/ 12 MESES)	
10	DESARROLLO INSTITUCIONAL	Gerencia del Riesgo	Incumplimiento de reportes o informes de SARLAF a nivel interno o externo	Procesos	Lavado de activos y financiación del terrorismo	Desconocimiento de los reportes de ley a nivel interno o externo según normativa Inexperiencia en manejo de SARLAFT Débil supervisión por Junta Directiva de gestión de SARLAFT	Fallas de transmisión del sistema UIAF	Sanciones Hallazgos de auditorías internas o externas Quejas Pérdida de imagen	2	Improbable	4	MAYOR	8 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	0	#NA	#NA	Evitar	1. Cumplir con el reporte de informes internos y externos de SARLAF 2. Elaborar informe de gestión de SARLAFT y presentarlo a instancias correspondiente	1. Mensual 2. Semestral	Total Reporte ROS transmitidos en UIAF: total de informes de ROS presentados y transmitidos exitosamente en UIAF / Informes ROS a presentar mensualmente		
11	DESARROLLO INSTITUCIONAL	Dirección estratégica	Inadecuado (oportuno o incompleto) seguimiento y evaluación de resultados al PAAC	Procesos	Operativos	Desconocimiento de la metodología para diseño del PAAC según normativa Desconocimiento del PAAC por parte de los colaboradores según responsabilidad asignada Falta de seguimiento del PAAC con integridad de los componentes que lo conforman	No aplica	Demoras Sanciones hallazgos de auditorías internas o externas	1	Rara vez	3	MODERADO	3 Moderada	Correctivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	-1	#NA	1	#NIFIC	#NA	Evitar	1. Socializar metodología para diseño del PAAC a servicio al ciudadano y sistemas 2. Socializar el PAAC aprobado a los colaboradores según responsabilidad asignada 3. Evaluar el seguimiento al PAAC con reporte de resultados a los colaboradores	1. Febrero de 2018 2. Primer trimestre 2018 3. trimestralmente	Cumplimiento del Plan anticorrupción y atención al ciudadano (total de acciones programadas y cumplidas del PAAC en el periodo/ total de acciones programadas del PAAC en el periodo)
12	DESARROLLO INSTITUCIONAL	Dirección estratégica	Incumplimiento de actividades o indicadores del plan de desarrollo institucional (PDI) alineadas en el Plan Operativo Anual	Procesos	estratégico	Baja cobertura de socialización del direccionamiento estratégico Reporte oportuno de la evaluación del POA por parte de los procesos Débiles estrategias o alertas de control para incentivar cultura de reporte OPORTUNO del POA Falta de retroalimentación de resultados del POA-PDI a las partes interesadas	No aplica	Incumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales vigentes Demandas Quejas Incorrididad de los ciudadanos Pérdida de imagen institucional hallazgos de auditorías internas o externas recortes presupuestales incumplimiento del Plan de desarrollo distrital en metas asociadas al sector	1	Rara vez	4	MAYOR	4 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	-1	#NA	2	#ENO	#NA	Evitar	1. socializar las líneas de direccionamiento estratégicos la cual incluye información del Plan de Desarrollo Institucional y POAS a las partes interesadas 2. Implementar estrategias para el control del Plan de Desarrollo Institucional que incentiven la cultura de autocontrol 3. Evaluar y analizar el Plan de Desarrollo Institucional y POAS según resultados reportados por los responsables y consolidación efectuada 4. Retroalimentar los resultados consolidados del Plan de Desarrollo Institucional y POAS con definición de acciones de mejoramiento según aplique	1. continuamente 2. continuamente 3. trimestral 4. trimestral	Cumplimiento de actividades del POA (total de actividades del POA programadas con un cumplimiento mayor o igual al 70% / total de actividades del POA programadas para el periodo) semestral
13	CONTRATACION	Contratación Bienes y Servicios	Direccionamiento de criterios previos y en pliegos de condiciones para favorecimiento de un grupo y/o firma en particular	Personas	Corrupción	Bajo conocimiento en lineamientos de transparencia y conductas disciplinables por posibles actos de corrupción Débiles controles en fase precontractual de contratos de bienes o servicios Bajo control y supervisión de requisitos contractuales en fase requisitos previos	Demandas Sanciones		1	Rara vez	4	MAYOR	4 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	-1	#NA	2	#ENO	#NA	EVITAR	1. Socializar el Plan anticorrupción institucional 2. Actualizar procedimiento precontractual con inclusión de controles para prevenir posibles actos de corrupción 3. evaluar el Plan anticorrupción	SEGÚN PROGRAMACION	Cumplimiento PAA
14	CONTRATACION	Contratación OPS	Permitir y/o aceptar influencias en el aprovisionamiento de empleos, con el propósito de obtener beneficio propio o de un tercero.	Externo	RRUPC	Bajo conocimiento en lineamientos de transparencia y conductas disciplinables por posibles actos de corrupción Débiles controles en fase precontractual de contratación e colaboradores por ORDENES de prestación de servicios Bajo control y supervisión de requisitos para OPS	Demandas Sanciones		2	Improbable	4	MAYOR	8 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	0	#NA	2	#ENO	#NA	EVITAR	1. Socializar el Plan anticorrupción institucional 2. Actualizar procedimiento de fase precontractual de OPS con inclusión de controles para prevenir posibles actos de corrupción 3. evaluar el Plan anticorrupción	SEGÚN PROGRAMACION	Cumplimiento PAA

IDENTIFICACIÓN										ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO															PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO									
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	CAUSAS		CONSECUENCIAS/ EFECTOS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE /ZONA DE RIESGO	CONTROLES NATURALES /ZONA DE LOS CONTROLES					PARAMETROS					CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL /ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO DEL RIESGO: - EVITAR - REDUCIR - COMPARTIR - TRANSFERIR - ASUMIR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	FECHA CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir relacione un solo indicador asociado al objetivo del proceso)					
						INTERNAS	EXTERNAS					PREVENTIVOS CORRECTIVOS DETECTIVOS	Herramientas para ejercer el control	Seguimiento al Control	1	2	3	4	5															
						Existen procedimientos para el manejo de la herramienta	Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta					En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva	Están definidos los responsables de la ejecución del control y seguimiento	La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuada																				
15	CONTRATACION	Contratación Bienes y Servicios	Compra, apropiación o uso indebido de bienes y servicios para el favorecimiento propio o de un tercero.	Externo	RRUPC	Bajo conocimiento en lineamientos de transparencia y conductas disciplinables por posibles actos de corrupción Debiles controles en Gestión de bienes y servicios		Demandas Sanciones	1	Rara vez	4	MAYOR	4 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	-1	#N/A	2	#N/A	#N/A	EVITAR	1. Socializar el Plan anticorrupción institucional 2. Actualizar procedimiento o documento asociado a gestión de bienes y servicios con inclusión de controles para prevenir posibles actos de corrupción 3. evaluar el Plan anticorrupción	SEGÚN PROGRAMACION	Cumplimiento PAA
16	GESTION FINANCIERA	Gestion de ingresos	Pérdida o desvío de los recursos financieros en beneficio propio o de un tercero. (NO MATERIALIZADO)	Personas	RRUPC	Procedimientos estandarizados en gestion financiera con puntos de control de operación que estan pendientes de normalizacion en Intranet institucional Debil conocimiento en controles vigentes para prevenir actos de corrupcion de procedimientos financieros		Demandas Sanciones	1	Rara vez	4	MAYOR	4 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	-1	#N/A	2	#N/A	#N/A	EVITAR	Gestionar el tramite de Normalizacion de los procedimientos de Financiera con Calidad Socializar los procedimientos de Financiera a los colaboradores que intervienen en su desarrollo con énfasis de los controles instaurado para prevenir posibles situaciones de corrupcion Mantener el desarrollo de comites financieros como herramienta de control para evaluar resultados alcanzados y situaciones de riesgos asociadas al desarrollo normal del proceso a fin de intervenirlas	Junio de 2018	sentencias judiciales en contra de la subred asociadas a desviacion de recursos financieros (0) (anual)
17	GESTION DE LA INFORMACION TICS	Gestión documental	Pérdida intencional, suministro, alteración, ocultamiento y/o destrucción de los documentos que reposan en el archivo para el favorecimiento propio o de un tercero.	Personas	CORRUPCION	Ocultamiento de información a nivel interno o externo de las gestiones realizadas por la institución en el marco de SUBRED SUR Impedir el avance o debido proceso ante posibles investigaciones o demandas en curso Carencia del inventario documental de los antiguos hospitales infraestructura inadecuada para el acopio documental que tenían los antiguos hospitales	No aplica	Demandas Sanciones Incumplimiento de normatividad archivística	1	Rara vez	3	MODERADO	3 Moderada	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	-1	#N/A	1	#N/A	#N/A	EVITAR	1. Culminar el plan de trabajo de levantamiento de inventario del archivo central 2. Mantener la infraestructura física y adecuada para el acopio documental del archivo central de la entidad 3. Ejecutar el programa de transferencia de la entidad 4. Evaluar el cumplimiento del programa y plan de trabajo de levantamiento de inventarios con implementación de correctivos a lugar	1. Diciembre 2019 2. Continuo 3. Anual 4. trimestral	% de inventario de archivo central (total documentos digitalizados en formato Unico de inventario documental/ total de documentos a digitalizar en FUIID central) (SEMESTRAL)
18	GESTION DE LA INFORMACION TICS	Tecnología de información y comunicaciones TICS	Permiso de acceso a los sistemas de información con el fin de obtener un beneficio propio o para un tercero.	Personas	CORRUPCION			Demandas Sanciones	1	Rara vez	4	MAYOR	4 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	-1	#N/A	2	#N/A	#N/A	EVITAR	1. Socializar el Plan anticorrupción institucional 2. Documentar lineamientos en seguridad de información 3. Evaluar el Plan anticorrupción	1. Enero de 2018 2. Trimestral 3 según cronograma	Cumplimiento PAA
19	DESARROLLO INSTITUCIONAL	Direccionamiento estrategico	Alterar la información y/o suministrar alguna que no corresponda a la realidad con el fin de obtener un beneficio propio o de un tercero.	Personas	CORRUPCION			Demandas Sanciones	1	Rara vez	4	MAYOR	4 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	-1	#N/A	2	#N/A	#N/A	EVITAR	1. Socializar el Plan anticorrupción institucional 2. Documentar lineamientos en seguridad de información 3. evaluar el Plan anticorrupción	1. Enero de 2018 2. Trimestral 3 según cronograma	Cumplimiento PAA
20	GESTION PUBLICA Y AUTOCONTROL	Gestion publica y autocontrol	Incumplimiento de Plan Anual de Auditorias de Control Interno (PAA)	Procesos	Operativos	Insuficiencia de recursos (financieros, tecnicos y/o humanos) que pueda afectar el cumplimiento del plan de manera oportuna Falla de lineamientos en auditoria interna en la institucion acorde con normativa	Eventos de orden publico y/o caso fortuito (paros, asonadas...) que afecte el cumplimiento del plan	Sanciones Hallazgos de Entes de Control y/o Alcaldía Mayor de Bogotá	1	Rara vez	3	MODERADO	3 Moderada	Preventivo	SI	NO	SI	SI	SI	15	0	30	15	25	85	-1	#N/A	1	#N/A	#N/A	EVITAR	1. Normalizar los lineamientos en Auditoria interna (control interno), avanzando en socialización a los colaboradores del proceso 2. Definir el Plan Anual de Auditorias de control interno cumpliendo con los lineamientos aprobados y presentarlo para aprobación 3. Gestionar ante la Presidencia del Comité de Coordinación de Control Interno la asignación de recursos necesarios para el normal desarrollo del PAA 4. Evaluar el cumplimiento del Plan anual de auditorias de control interno, implementando correctivos a lugar según resultados	1. Abril de 2018 2. Enero 2018 3. Mayo y Junio 2018 4. Trimestral	Cumplimiento del PAA: de control interno (actividades del PAA programadas y cumplidas / Actividades del PAA programadas) semestral

IDENTIFICACIÓN										ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO															PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO									
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	CAUSAS		CONSECUENCIAS/ EFECTOS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE /ZONA DE RIESGO	CONTROLES NATURALES DE LOS PROCESOS					PARAMETROS					CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL /ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO DEL RIESGO: - EVITAR - REDUCIR - COMPARTIR - TRANSFERIR - ASUMIR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	FECHA CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir relacione un solo indicador asociado al objetivo del proceso)					
						INTERNAS						EXTERNAS		Herramientas para ejercer el control		Seguimiento al Control																		
						PREVENTIVOS CORRECTIVOS DETECTIVOS	Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta					En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva	Están definidos los responsables de la ejecución del control y seguimiento	La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuada	1	2	3	4	5															
21	GESTION DEL TALENTO HUMANO	Permanencia laboral	Perdida de expediente laboral por causas inherentes a la institucion	Procesos	Operativos	Falta de lineamientos internos para el manejo de historias laborales Historial laborales con inadecuada organización según normativa vigente, antes de proceso de fusion Debiles controles para la entrega oportuna de soportes que hacen parte de las historias laborales	No aplica	Hallazgos de auditorias internas o externas Investigaciones Sanciones Demandas Pérdida de memoria institucional	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	Correctivo	SI	NO	NO	SI	NO	15	0	0	15	0	30	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	Evitar	1.Implementar el procedimiento de Custodia de Expedientes Laborales para el manejo de las historias laborales gestionando su normalización y avanzando en la socialización a las partes interesadas. 2. Implementar un cronograma para intervenir la organización de historias laborales cumpliendo con las TRD y requisitos normativos 3.Implementar controles para la entrega oportuna de los soportes de historias laborales	1.Febrero de 2018 2.Enero 2018 3.Agosto de 2018	Expedientes laborales perdidos por causa inherente a la institucion
22	GESTION DEL TALENTO HUMANO	Permanencia laboral	No ejecución del presupuesto asignado para la ejecución del Plan de Bienestar E incentivos	Personas	Operativos	Ubicación geografica que dificulta la participación de los colaboradores en las actividades programadas Desinterés en las actividades programadas Horarios programados de las actividades de bienestar dificulta la participación del total de los colaboradores según rol desempeñado Insuficiencia de presupuesto asignado para actividades de bienestar	Falta de disponibilidad de sitios (externos) para realizar eventos de bienestar según actividades programadas	Insatisfacción Incumplimiento del plan de bienestar Incumplimiento de meta de bienestar programado en POA	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	Correctivo	SI	NO	SI	SI	SI	15	0	30	15	25	85	1	Rara vez	1	INIFIC	1 Baja	Reducir	1. Realizar el estudio de necesidades y conveniencia para la distribución y ejecución del rubro de bienestar. 2.Realizar seguimiento a la ejecución presupuestal del rubro de Bienestar e Incentivos 3. Realizar seguimiento a las certificaciones de cumplimiento de facturas correspondientes al contrato.segun actividades desarrolladas	1.Marzo a Junio de 2018 2.Marzo de 2018 3.Marzo a diciembre de 2018 4.Marzo a Diciembre de 2018	% ejecución del rubro de bienestar e incentivos (anual)
23	GESTION DEL TALENTO HUMANO	Permanencia laboral	Incumplimiento de la normatividad vigente relacionada con el Sistema General de participaciones	Procesos	Legal	1. Falta de normalización de los lineamientos en SGP a nivel interno 2. Que se efectuó de manera errada la distribución de pagos a las Entidades Administradoras (EPS, AFP, AFC, ARL) 3. Rotación de personal en las Entidades Administradoras, que implica re-procesos en las conciliaciones. 4. Errores involuntarios en el cruce de saldos o valores del Sistema General de Participaciones.	1. Que las administradoras no validen ni gestionen las inconsistencias presentadas en la base de datos de la entidad	Hallazgos de auditorias internas o externas Pérdida de rendimientos economicos Investigaciones Sanciones Detrimiento Patrimonial	1	Rara vez	3	MODERADO	3 Moderada	Preventivo	SI	NO	SI	SI	SI	15	0	30	15	25	85	-1	#N/A	1	INIFIC	#N/A	EVITAR	1.Definir los lineamientos en Sistema General de Participaciones a nivel interno, socializandolos a las partes interesadas 2.Realizar cruces y conciliaciones externas con las administradoras frente al proceso de aportes patronales, implementando correctivos a lugar 3. Realizar cruces y conciliaciones entre contabilidad vs talento humano del proceso de saneamiento de aportes patronales, implementando correctivos a lugar	1. Junio de 2018 2. Mensual 3. Mensual	Conciliaciones con las Entidades Administradoras
24	GESTION DEL TALENTO HUMANO	Ingreso laboral	Colaboradores vinculados que no cumplan con las competencias y/o funciones o responsabilidades asignadas según perfil requerido	Procesos	Legal	Falta de definición y/o aplicación de lineamientos de selección de personal Demoras en la aplicación de evaluación de desempeño del personal de planta Fallas en la supervisión de personal de contrato		Hallazgos de orden interno o externo según auditorias realizadas Investigaciones Incumplimiento del POA del proceso Sanciones	2	Improbable	4	MAYOR	8 Alta	Preventivo	SI	NO	SI	SI	SI	15	0	30	15	25	85	0	#N/A	2	MENOR	#N/A	Evitar	1. Normalizar los lineamientos de selección de colaboradores (planta y/o contrato) con socialización a las partes interesadas (manual de gestión de competencias, procedimiento de selección, ...) 2.Implementar controles de cumplimiento de requisitos de los colaboradores antes y durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas 3.Verificar el cumplimiento de funciones o responsabilidades asignadas a los colaboradores mediante los instrumentos definidos según modalidad de contratación (evaluación de desempeño y/o certificación de honorarios)	SEMESTRAL	Cumplimiento de competencias de colaboradores de OPS Y PLANTA (Semestral)
25	GESTION DEL TALENTO HUMANO	Permanencia laboral	Incumplimiento de aplicación de las evaluaciones de desempeño	Personas	Legal	Falta de actualización de lineamientos internos para evaluación de desempeño acordes con la normativa vigente y necesidades institucionales Falta de gestión oportuna de los evaluadores de personal Base de datos de personal de planta desactualizada e incompleta	Fallas o problemas técnicos con la herramienta de evaluación del CNSC	Hallazgos de orden interno o externo según auditorias realizadas Investigaciones Sanciones	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	1	Rara vez	1	INIFIC	1 Baja	Reducir	1. Actualizar los lineamientos de evaluación de desempeño con socialización a las partes interesadas 2. Realizar capacitación a evaluadores confirmando metodo de evaluación y fechas maximas de aplicacion 3.Mantener actualizada la base de datos de personal de talento humano con énfasis en la dependencia funcional y ubicación del servidor publico con socialización a los evaluadores	1. Junio de 2018 2. Julio de 2018 3. Mensual	funcionarios con evaluacion de desempeño

IDENTIFICACIÓN										ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO															PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO								
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	CAUSAS		CONSECUENCIAS/ EFECTOS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE /ZONA DE RIESGO	CONTROLE NATURAL/ZA DE LOS CONTROLES		PARAMETROS					CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL /ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO DEL RIESGO: - EVITAR - REDUCIR - COMPARTIR - TRANSFERIR - ASUMIR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	FECHA CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir relación en solo indicador asociado al objetivo del proceso)							
						INTERNAS	EXTERNAS					PREVENTIVOS CORRECTIVOS DETECTIVOS	Herramientas para ejercer el control	Seguimiento al Control	1	2	3	4									5						
						INTERNAS	EXTERNAS					Podría una herramienta para ejercer el control.	Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta	En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva	Están definidos los responsables de la ejecución del control y seguimiento	La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuada																	
26	GESTION DEL TALENTO HUMANO	Ingreso laboral	Inoportunidad en la afiliación de colaboradores al sistema de riegos laborales	Procesos	Legal	El procedimiento de Gestión contractual no incluye controles frente a la afiliación del colaborador a la ARL antes del inicio de actividades con la entidad. MOMENTO DE INGRESO Demoras o no envío de información y/o soportes de los colaboradores vinculados por OPS con la subred para el oportuno trámite de afiliación a ARL. Demoras en la legalización del contrato requisito para afiliación a las diferentes administradoras de riesgos laborales. MOMENTO DE PERMANENCIA Falta de autocontrol por parte de los colaboradores de OPS frente a su responsabilidad de correcta afiliación y cotización al Sistema de Riesgos laborales. Falta de reporte de novedades que afecten la clasificación del riesgo del colaborador. MOMENTO DE RETIRO Inoportunidad en la novedad de terminación del contrato para el retiro de la ARL.	Herramientas o sistemas de información por parte de las Administrativas que no favorecen la afiliación oportuna de los colaboradores a dicha entidad	Demoras Sanciones Pérdida de recursos financieros Hallazgos administrativos, disciplinarios y/o fiscales	4	Probable	4	MAYOR	16 Extrema	Correctivo	SI	SI	NO	SI	SI	15	15	0	15	25	70	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	1. Identificar inconsistencias de afiliación a la ARL 2. Actualizar el procedimiento de Gestión contractual incluyendo punto de control específico para afiliación al sistema de riesgos laborales (Contratación) 3. Priorizar la legalización del contratista que requiere afiliación a una ARL diferente a la que tiene definida la institución. 4. Reportar oportunamente las novedades (suspensión, terminación, traslado, incapacidades...) al área responsable de administrar la afiliación y/o retiro de las ARL. 5. Validar colaboradores vinculados a la subred frente a los colaboradores afiliados a las diferentes ARL implementando correcciones a lugar frente a desviaciones encontradas.	1. Mensual 2. Julio 2018 3. Julio 2018 4. Continuo a partir de julio 5. Mensual	Resultado de Plan de Administración de riesgos del proceso de Talento Humano (acciones cumplidas del plan de administración de riesgos / acciones programadas del Plan de administración de riesgos)*100
27	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	Control interno disciplinario	Fallas en la aplicación del debido proceso de control interno disciplinario (verbal u ordinario)	Personas	Operativos	falta de experiencia a nivel de control interno disciplinario por parte del equipo de apoyo Falta de estandarización documental del proceso conforme a su objetivo y normatividad vigente Desconocimiento en el manejo de la herramienta SID	Fallas en la administración del Sistema Integrado disciplinario Distrital por parte del operador del sistema (Alcalde Mayor de Bogotá - Asuntos disciplinarios)	Nulidades Violación del derecho de defensa al investigador Investigaciones disciplinarias	1	Rara vez	4	MAYOR	4 Alta	Preventivo	SI	NO	SI	SI	15	0	30	15	25	85	-1	#N/A	2	MODERADO	#N/A	1. Estandarizar la documentación asociada a control interno disciplinario 2. Socializar al equipo de trabajo y partes interesadas la documentación aprobada 3. Monitorear el estado de los procesos de control interno disciplinario en cada uno de sus etapas implementando correctivos a lugar	1. Marzo a Junio de 2018 2. Julio de 2018 3. Enero de 2018 y permanente	Resultado del plan de administración de Riesgos	
28	GESTION FINANCIERA	Gestión de ingresos	Inoportunidad en la facturación de servicios prestados (urgencias y hospitalización)	Personas	Financiero	Débil cobertura de capacitación del procedimiento evento servicios de hospitalización, urgencias adultos, LICIS, salas de cirugía, unidad Renal y Pediatría al personal de facturación Soportes incompletos para la legalización de facturas (devolución de medicamentos, soportes asistenciales, epicrisis...) Bajo conocimiento de los resultados del reporte de facturación por parte de las direcciones misionales	Demoras en la radicación de facturas Incumplimiento de metas de facturación programadas a nivel interno Hallazgos de orden interno o externo según auditorías Afectación negativa de los ingresos de la subred	Demoras en la radicación de facturas Incumplimiento de metas de facturación programadas a nivel interno Hallazgos de orden interno o externo según auditorías Afectación negativa de los ingresos de la subred	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	Correctivo	SI	SI	NO	SI	NO	15	15	0	15	0	45	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	1. Fortalecer las competencias del grupo de facturación de Urgencias y Hospitalización en lineamientos sobre facturación, manejo del sistema para optimizar el proceso de facturación, mediante estrategias de acompañamiento y/o capacitación 2. Implementar estrategias para que el equipo asistencial presente los soportes de facturas completos y oportunamente 3. Socializar periódicamente los resultados de reportes de facturación al equipo de facturación frente a lo pendiente por facturar	1. Junio en adelante 2018 2. Agosto en adelante 2018 3. Mensual	Porcentaje de la facturación de servicios prestados, (total de servicios facturados y prestados / total de servicios prestados) SEMESTRAL
29	GESTION FINANCIERA	Gestión de ingresos	Incumplimiento de metas de recaudo por causas inherentes a la institución	Externo	Financiero	Procedimientos de cartera y glosas pendientes de normalización en la intranet institucional para consulta de colaboradores fallas en la calidad de los soportes para radicar las facturas por parte del personal que radica las cuentas Débil apoyo entre las áreas asistenciales que generan las glosas para cumplir con los tiempos de respuesta a las objeciones formuladas a la facturación por parte de los responsables de pago	Hallazgos de auditorías internas o externas Liquidez financiera Afectación del normal desarrollo institucional en el cumplimiento con pago a proveedores y prestación de servicios	Hallazgos de auditorías internas o externas Liquidez financiera Afectación del normal desarrollo institucional en el cumplimiento con pago a proveedores y prestación de servicios	3	Posible	4	MAYOR	12 Extrema	Preventivo	SI	SI	SI	SI	NO	15	15	30	15	0	75	2	probable	3	MODERADO	6 Moderada	1. Tramitar la normalización de los procedimientos de cartera y glosas con Calidad para publicación en la intranet 2. Socializar los procedimientos a los colaboradores de cartera y glosas por los diferentes canales de comunicación vigentes 3. Fortalecer estrategias para cumplir con los tiempos de respuesta a objeciones de acuerdo a normas vigentes 4. Realizar preauditorías de facturación antes de la radicación ante las empresas responsables de pago	1. Junio de 2018 2. Mayo de 2018 y continuamente según necesidades 3. Mayo 2018 en adelante 4. Mensual	% Proyección de recaudo: (recaudo ejecutado / recaudo proyectado) (SEMESTRAL)

IDENTIFICACIÓN										ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO										PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO															
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	CAUSAS		CONSECUENCIAS/ EFECTOS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE / ZONA DE RIESGO	CONTROLES					PARAMETROS					CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL / ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO DEL RIESGO: - EVITAR - REDUCIR - COMPARTIR - TRANSFERIR - ASUMIR	FECHA CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir relación un solo indicador asociado al objetivo del proceso)							
						INTERNAS						EXTERNAS		NATURALEZA DE LOS CONTROLES		HERRAMIENTAS PARA EJERCER EL CONTROL		SEGUIMIENTO AL CONTROL																	
						INTERNAS	EXTERNAS					PREVENTIVOS	CORRECTIVOS	DETECTIVOS	OTROS	1	2	3	4	5	1								2	3	4	5			
30	GESTION FINANCIERA	Gestion de ingresos	Incumplimiento de las metas proyectadas frente a equilibrio presupuestal	Procesos	Financiero	Debil control por parte del supervisor en la verificación previa de solicitudes de adiciones de contratos frente a comportamiento de ejecución presupuestal (gasto) Falta de estrategias innovadoras frente al control de gasto Falta de estrategias efectivas para la recuperación de cartera Demoras en la radicación oportuna de facturas ante los entes pagadores	Incumplimiento de pago por parte de las empresas responsables de pago	Incumplimiento del Plan Gerencial y POA en lo referente a metas de equilibrio presupuestal Pérdida de imagen	3	Posible	4	MAYOR	12 Extreme	Preventivo	SI	NO	NO	SI	SI	SI	15	0	0	15	25	55	2	probable	3	MODERADO	6 Moderada	EVITAR	1. Socializar las metas vigentes para equilibrio presupuestal, a los colaboradores de la dirección financiera que interviene en el proceso y reportar resultados alcanzados 2. Fortalecer acciones para el cobro persuasivo frente a recuperación de cartera y el cobro coactivo con el apoyo de oficina jurídica 3. Mejorar la calidad técnica de las facturas presentadas ante los responsables de pago 4. Evaluar el comportamiento del indicador de equilibrio presupuestal mensualmente, mediante seguimiento periódico a la ejecución de compromisos	1. Mensualmente 2. Mensualmente 3. Mensualmente 4. Mensualmente	Equilibrio presupuestal (Recaudo / compromiso) (frecuencia estados semestral)
31	GESTION FINANCIERA	Gestion de ingresos	Insuficiencia de recursos financieros para el pago de las obligaciones	Procesos	Financiero	Procedimientos de cartera y glosas pendientes de normalización en la intranet institucional para consulta de colaboradores fallas en la calidad de los soportes para radicar las facturas por parte del personal que radica las cuentas Debil apoyo entre las áreas asistenciales que generan las glosas para cumplir con los tiempos de respuesta a las objeciones de pago Fallas en la depuración de la cartera con énfasis en los saldos iniciales de los antiguos hospitales en el marco de la Reorganización del sector salud Realización de pago de obligaciones correspondientes a convenios por cuenta bancaria no correspondiente	Incumplimiento de obligaciones por parte de las empresas responsables de pago	Hallazgos de auditorías internas o externas Liquidez financiera Afectación del normal desarrollo institucional en el cumplimiento con pago a proveedores y prestación de servicios	3	Posible	4	MAYOR	12 Extreme	Preventivo	SI	SI	SI	SI	NO	6 Moderada	1. Tramitar la normalización de los procedimientos de cartera y glosas con Calidad para publicación en la intranet 2. Socializar los procedimientos a los colaboradores de cartera y glosas por los diferentes canales de comunicación vigentes 3. Fortalecer estrategias para cumplir con los tiempos de respuesta a objeciones de acuerdo a normas vigentes 4. Realizar preauditorías de facturación antes de la radicación ante las empresas responsables de pago 5. Depurar la cartera de los antiguos Hospitales que se incorporaron como saldos iniciales en el marco de la Fusión del sector salud 6. Realizar el pago de las obligaciones con ocasión a convenios por sus cuentas de destinación específicas	1. Junio de 2018 2. Mayo de 2018 y continuamente según necesidades 3. Mayo 2018 en adelante 4. Mensual 5. Mensual	Referente de Cartera % Proyección de recaudo: (recaudo ejecutado recaudo proyectado mensual) 30% #N/A	Durante primer trimestre se socializaron los procedimientos de cartera y glosas con los colaboradores de la	#N/A	REDUCIR	1. Junio de 2018 2. Mayo de 2018 y continuamente según necesidades 3. Mayo 2018 en adelante 4. Mensual 5. Mensual	Liquidez: (activo corriente - inventarios) / pasivo corriente (meta: >1) (ANUAL)							
32	GESTION FINANCIERA	Gestión de gastos	Pérdida o desvío de los recursos financieros en beneficio propio o de un tercero. No materializado	Personas	Corrupción	Debiles puntos de control definidos en lineamientos financieros que prevengan situaciones asociadas a posibles hechos de corrupción Baja capacitación sobre ley de transparencia y responsabilidades disciplinarias frente a posibles actos de corrupción a los colaboradores priorizando los que tienen manejo de recursos financieros Desconocimiento de herramientas de control internas implementadas para prevenir la corrupción	Demandas Investigaciones disciplinarias Incumplimiento del Plan anticorrupción	Demandas Investigaciones disciplinarias Incumplimiento del Plan anticorrupción	1	Rara vez	4	MAYOR	4 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	NO	15	15	30	15	0	75	0	#N/A	3	MODERADO	#N/A	EVITAR	1. Capacitar a los colaboradores en lineamientos de transparencia y control interno disciplinario, priorizando colaboradores con responsabilidad de manejo de recursos financieros 2. Normalizar e implementar procedimientos financieros con inclusión de puntos de control que minimicen riesgos de posibles conductas de corrupción 3. Evaluar el cumplimiento del Plan anticorrupción, implementando correctos a lugar según resultados	SEGÚN PROGRAMACION	Cumplimiento PAA	
33	GESTION FINANCIERA	Gestion de ingresos	Recibir y/o dar sobornos con el objetivo de acelerar pagos y/o trámites relacionados con la Gestión Financiera de la Entidad.	Personas	Corrupción	Baja capacitación sobre ley de transparencia y responsabilidades disciplinarias frente a posibles actos de corrupción a los colaboradores priorizando los que tienen manejo de recursos financieros Baja capacitación en	Demandas Investigaciones disciplinarias Incumplimiento del Plan anticorrupción	Demandas Investigaciones disciplinarias Incumplimiento del Plan anticorrupción	1	Rara vez	4	MAYOR	4 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	NO	15	15	30	15	0	75	0	#N/A	3	MODERADO	#N/A	EVITAR	1. Capacitar a los colaboradores en lineamientos de transparencia, priorizando colaboradores con responsabilidad de manejo de recursos financieros 2. Normalizar e implementar procedimientos financieros con inclusión de puntos de control que minimicen riesgos de posibles conductas de corrupción 3. Evaluar el cumplimiento del Plan anticorrupción, implementando correctos a lugar según resultados	SEGÚN PROGRAMACION	Cumplimiento PAA	
34	GESTION JURIDICA	Defensa Judicial	Vencimiento de los términos procesales dentro de la etapa coactiva de procesos en curso	Personas	Legal	Falta de normalización y/o publicación de lineamientos asociados a términos procesales a nivel institucional Seguimiento inefectivo a los términos procesales Demoras por parte del área de cartera frente a envío de las pruebas para resolver recursos y excepciones frente dentro de los procesos coactivos	Nulidades procesales Demandas ante el contencioso administrativo Acciones legales	Nulidades procesales Demandas ante el contencioso administrativo Acciones legales	2	Improbable	3	MODERADO	6 Moderada	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	0	#N/A	1	MODERADO	#N/A	EVITAR	1. Gestionar con la oficina de calidad la normalización de los lineamientos definidos sobre proceso coactivo 2. Implementar herramienta de control para procesos de cobro coactivo por fase (mandamiento de pago, excepciones,...) 3. Monitorear el estado de avance de respuesta y soportes de los recursos interpuestos por los deudores de cobro coactivo (reposición...)	1. Abril de 2018 2. Mensual 3. Mensual	Resultado del plan de administración de riesgos (acciones cumplidas del Plan de admon de riesgos / acciones programadas del plan de admon de riesgos)*100 (anual)	

IDENTIFICACIÓN										ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO															PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO									
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	CAUSAS		CONSECUENCIAS/ EFECTOS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE / ZONA DE RIESGO	CONTROLE NATURAL / ZONA DE LOS CONTROLES		PARAMETROS					CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL / ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO DEL RIESGO: - EVITAR - REDUCIR - COMPARTIR - TRANSFERIR - ASUMIR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	FECHA CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir relacione un solo indicador asociado al objetivo del proceso)								
						INTERNAS	EXTERNAS					PREVENTIVOS CORRECTIVOS DETECTIVOS	PODE UNA HERRAMIENTA PARA EJERCER EL CONTROL.	EXISTEN MANUALES INSTRUCTIVOS O PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DE LA HERRAMIENTA	EN EL TIEMPO QUE LLEVA LA HERRAMIENTA DEMOSTRADO SER EFECTIVA	ESTAN DEFINIDOS LOS RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO	LA FRECUENCIA DE LA EJECUCIÓN DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO ES ADECUADA	1									2	3	4	5				
						INTERNAS	EXTERNAS																											
35	GESTION JURIDICA	Defensa Judicial	Insolvencia del deudor frente a las obligaciones de cobro coactivo	Externo	Financiero		El deudor no cumple con los requisitos normativos de solvencia para permanecer en el mercado	Imposibilidad de recuperación de cartera de cobro coactivo por incapacidad de pago inexistencia del deudor por liquidación forzosa	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	1	Rara vez	1	INIFIC	1 Baja	Reducir	1.Realizar el tramite de cobro coactivo a los deudores priorizados remitidos por cartera, de manera inmediata 2. Emitir la Resolución moratoria y dar celeridad con el curso del proceso 3. Evaluar el estado de los procesos de cobro coactivo en curso para determinar gestion y avance de pagos (matriz de cobro coactivo) Cartera y cobro coactivo	1.Mensualmente 2. Mensualmente 3. Mensualmente	Resultado del plan de administración de riesgos (acciones cumplidas del Plan de admon de riesgos / acciones programadas del plan de admon de riesgos)*100 (anual)
36	GESTION JURIDICA	Asesoría Judicial	Vencimiento del termino de respuesta de tutelas asignado por despacho judicial	Procesos	Legal	Demoras en las respuestas de las dependencias donde se requiere se genere la información Demora en tramites internos de correspondencia por falla de radicación en la dependencia correspondientes Alto volumen de tutelas para responder dentro de los mismos términos	Redireccionamiento errado por parte del juzgado al area competente	Fallo de tutelas a favor del accionante sin defensa Sanciones Prestación de servicios no autorizados por EPS	2	Improbable	3	MODERADO	6 Moderada	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	0	#N/A	1	#N/A	#N/A	Evitar	1. Normalizar la bitácora de correspondencia en la intranet (SISTEMAS) y verificar la existencia de correo electrónico en web institucional asociado con tutelas (tutelasjuridica@subredsur.gov.co) 2. Solicitar información relacionada con los hechos y peticiones de las tutelas recibidas mediante los canales de comunicaciones 3. Responder oportunamente las tutelas con registro en matriz de control 4. Implementar plan de contingencia de recurso humano ante alto volumen de tutelas con el mismo plazo de respuesta	1. Junio de 2018 2. Mensualmente 3. Mensualmente 4. Mensualmente	Resultado del plan de administración de riesgos (acciones cumplidas del Plan de admon de riesgos / acciones programadas del plan de admon de riesgos)*100 (anual)
37	GESTION JURIDICA	Defensa Judicial	Configuración de demandas por contratos realidad o por fallas en el servicio médico (Política de Prevención de daño antijudicial)	Procesos	Operativos	Desconocimiento de la Política de Prevención del daño antijudicial frente a la corresponsabilidad de supervisores para evitar su materialización Estrategias inefectivas frente a prevención de daño antijudicial	Carencia de lineamientos a nivel Distrital sobre vinculación de personal de contrato, que mitigen los contratos realidad	Demandas Detrimiento patrimonial	5	Casi Seguro	4	MAYOR	20 Extrema	Correctivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	3	Posible	2	VENO	6 Moderada	Evitar	1. Socializar la Política de prevención de daño antijudicial con énfasis a supervisores de contrato 2. Implementar estrategias para evitar la materialización del daño antijudicial 3. Mantener actualizado la base de datos del SIPROJ	1. Junio de 2018 2. Mensualmente 3. Mensualmente	Configuración demandas por contratos realidad (promedio semestre)
38	MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	Gestión clínica excelente y segura	Falla en el proceso de atención que genere daño al paciente (RIESGO TRANSVERSAL :hospitalario, ambulatorio, urgencias) EVENTOS ADVERSOS A NIVEL GENERAL	Procesos	Seguridad del usuario	Debil adherencia por parte del personal a Guías, manuales, protocolos o procedimientos Falta de normalización del procedimiento de gestion del evento adverso Inadecuadas instalaciones Equipos biomedicos calibrados inadecuadamente o con falta de mantenimiento Entrega de turno inadecuada por parte del servicio de enfermería o medico Personal incompleto en el servicio o sin entrenamiento especifico Falta de trabajo en equipo Bajo conocimiento en Política de seguridad del usuario y/o buenas practicas Carencia de estrategias asociadas con la implementación del programa de seguridad del paciente	Demandas Sanciones Quejas Muerte del usuario Pérdida de imagen institucional Discapacidad del usuario Evento adverso Insatisfacción del usuario		3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	Preventivo	SI	SI	NO	SI	SI	15	15	0	15	25	70	2	probable	2	VENO	4 Baja	REDUCIR	1. Actualizar los procedimientos asociados al Programa de seguridad del usuario, avanzando en coberturas de socialización (seguridad del usuario) 2. Definir la metodología de revisión de Guías de práctica clínica (gestión del conocimiento) 3. Socializar las GPC de acuerdo a perfil de morbilidad en cada USS (directores de servicio) 4. Estructurar e implementar la operación de rondas de seguridad del usuario, priorizando los servicios criticos (seguridad del usuario) 5. Ejecutar el plan de mantenimiento de infraestructura priorizando criticidad de riesgos de este componente (dirección administrativa) 6. Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento de seguridad del usuario (seguridad del usuario) 7. Evaluar la gestión del evento adverso (seguridad del usuario) 8. Monitorear el nivel de conocimiento y apropiación del equipo de salud de lineamientos en seguridad del paciente (seguridad del usuario) 9. Retroalimentar las lecciones aprendidas en seguridad del usuario	1. Abril de 2018 2. Junio 2018 3. Continuamente 4. Abril 2018 5. Mensual 6. Mensual 7. Mensual 8. Trimestral 9. Trimestral	Proporción de eventos adversos (Número Total de Eventos Adversos / Gastionados en el Periodo / Número Total de Eventos Adversos Presentados en el Periodo)

IDENTIFICACIÓN										ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO															PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO									
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	CAUSAS		CONSECUENCIAS/ EFECTOS	PROBABILIDAD	IMPACTO		RIESGO INHERENTE / ZONA DE RIESGO	CONTROLE NATURAL DE LOS RIESGOS		PARAMETROS					CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL / ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO DEL RIESGO: - EVITAR - REDUCIR - COMPARTIR - TRANSFERIR - ASUMIR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	FECHA CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir relación un solo indicador asociado al objetivo del proceso)							
						INTERNAS	EXTERNAS			PREVENIVOS CORRECTIVOS DETECTIVOS	Existen procedimientos para el manejo de la herramienta		Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta	En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva	Están definidos los responsables de la ejecución del control y seguimiento	La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuada	1	2	3									4	5					
						INTERNAS	EXTERNAS			Podría una herramienta para ejercer el control.	Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta		En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva	Están definidos los responsables de la ejecución del control y seguimiento	La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuada																			
39	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD. PLANEACION DEL CUIDADO EN SALUD. EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión del cuidado integral en servicios complementarios (apoyo diagnóstico, terapéutico y alternativas especiales de solución)	Complicaciones anestésicas ocasionadas al paciente durante el proceso de Atención en odontología y urgencias en USS urbanas	Procesos	Clinicos	Inexperiencia del talento humano por encontrarse en Servicio social obligatorio Falencias en la aplicación de la Reconciliación medicamentosa en el servicio de odontología	Condiciones ambientales Condiciones climáticas de base del paciente (coomorbilidades)	Evento adverso Deterioro de salud del paciente	1,00	Rara vez	4,00	MAYOR	4 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	-1	#NA	2	#NA	#NA	EVITAR	1. Capacitar a los colaboradores de urgencias y odontología de las Unidades de servicios de salud Rural en las técnicas de aplicación de anestesia local (Dirección ambulatoria -Referente Salud Oral y Dirección de Urgencias) 2. Iniciar proceso de reconciliación medicamentosa en todas los servicios de unidades rurales (Dirección complementarios)	1. segundo semestre 2018 2. segundo semestre 2018	complicaciones anestésicas (pacientes de odontología y urgencias de las unidades de servicios de salud Rurales que han presentado complicaciones anestésicas durante el periodo/ total de pacientes de odontología y urgencias de las USS Rurales atendidos en el periodo)
40	MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	Gestión clínica excelente y segura	Infección asociada a la atención en salud en USS Urbanas y en el ámbito intramural y extramural de las unidades de SERVICIOS RURALES	Procesos	Seguridad del usuario	Programa de seguridad del usuario desactualizado y sin inclusión de buena practica de prevención de IAAS Baja cobertura de socialización de buenas practicas en unidades de servicios rurales Baja adherencia a la aplicación de esta buena practica en unidades de servicios de salud rurales Falta de medición continua y/o retroalimentación de las estrategias implementadas para la promoción de cultura de prevención de IAAS en las USS rurales	Quejas Hallazgos de auditorías internas o externas Sanciones Demandas Pérdida de imagen institucional Sucesos de seguridad		2,00	Improbable	4,00	MAYOR	8 Alta	Correctivo	SI	SI	NO	SI	NO	15	15	0	15	0	45	2	probable	4	MAYOR	8 Alta	REDUCIR	1. Actualizar Programa de Seguridad incluyendo lineamientos de la BUENA PRÁCTICA DETECTAR PREVENIR / REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD 2. Socializar el Programa de Seguridad del Paciente con énfasis en buenas prácticas de Prevención IAAS y el Programa de IAAS a equipo de USS Rurales 3. Fortalecer la implementación de estrategias para promover cultura en prevención y/o reducción de IAAS en USS Rural 4. Evaluar el conocimiento y/o adherencia a buena práctica de prevención de infecciones en USS Rural	1. Segundo trimestre de 2018 2. Según programación 3. Según programación Según programación	Índice global de infecciones en USS Rurales: Número de casos de infecciones asociadas a la atención en salud en USS Rurales en el periodo / total de # Total de egresos hospitalarios en USS Rurales en el periodo evaluado
41	MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	Gestión clínica excelente y segura	Caidas del paciente durante el proceso de Atención en unidades de servicios de salud URBANAS Y RURALES que generaron daño al paciente, incluyendo el Centro de Desarrollo Potencial Humano	Procesos	Seguridad del usuario	Falencias en la infraestructura en el Centro de Desarrollo de Potencial Humano Baja adherencia a la aplicación de la buena practica de prevención de caídas Baja dimensión en la identificación del riesgo de caídas	Condición clínica del paciente	Complicaciones Eventos adversos	3,00	Posible	4,00	MAYOR	12 Extrema	Correctivo	SI	SI	NO	SI	NO	15	15	0	15	0	45	3	Posible	4	MAYOR	12 Extrema	REDUCIR	1. Actualizar el Programa de seguridad del paciente, con inclusión de buenas prácticas 2. Socializar el Protocolo de buena práctica de prevención de caídas en USS Urbanas y Rurales 3. Fortalecer medidas de autocontrol en equipo de salud de USS Urbanas y Rurales 4. Evaluar el conocimiento del protocolo de prevención de caídas priorizando USS Urbanas y posteriormente USS Rurales	1. Mayo de 2018. 2. segundo trimestre de 2018 3. permanentes según programación 4. según programación	Eventos adversos asociados a caídas en USS urbanas y USS Rurales
42	MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	Gestión clínica excelente y segura	Complicaciones del estado de salud del paciente por demora en el diagnóstico y/o tratamiento del paciente en las UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD RURALES	Infraestructura	Seguridad del usuario	Nivel de complejidad del servicio habilitado en Ruralidad por ser un primer nivel puede ocasionar sucesos de seguridad Inexperiencia del profesional asignado en esta zona para la atención de pacientes Procedimiento de atención de urgencias desactualizado	Condiciones geográficas de la zona (sector) Condiciones ambientales de la USS (lecturas erradas de equipos biomédicos)	deterioro del estado de salud del paciente diagnóstico no oportuno Evento adverso Quejas Insatisfacción del usuario	3,00	Posible	3,00	MODERADO	9 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	NO	15	15	30	15	0	75	2	probable	2	#NA	4 Baja	EVITAR	1. Actualizar el procedimiento de Atención de urgencias con inclusión de actividades para zona rural 2. Socializar el procedimiento de Atención de urgencias a equipo de salud de la zona rural 3. Medir la adherencia de GPC de ruralidad atención materna, salud mental e HTA según programación PAMEC	1. Segundo trimestre 2018 2. segundo semestre 2018 3. Según PAMEC	Indicios de atención insegura relacionados con procesos asistenciales de ruralidad por demoras en diagnóstico

IDENTIFICACIÓN										ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO															PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO						
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	CAUSAS		CONSECUENCIAS/ EFECTOS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE /ZONA DE RIESGO	CONTROLE NATURAL/ ZONA DE LOS CONTROLES		PARAMETROS					CALIFICACION DE LOS CONTROLES	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL /ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO DEL RIESGO: -EVITAR -REDUCIR -COMPARTIR -TRANSFERIR -ASUMIR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	FECHA CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir relacione un solo indicador asociado al objetivo del proceso)					
						INTERNAS						Externas		Herramientas para ejercer el control		Seguimiento al Control											1	2	3	4	5
						INTERNAS	EXTERNAS					PREVENTIVOS CORRECTIVOS DETECTIVOS	Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta	En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva	Están definidos los responsables de la ejecución del control y seguimiento	La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuada															
43	MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	Gestión clínica excelente y segura	Incremento y/o reincidencia de eventos adversos por la misma causa (USS URBANAS Y RURALES)	Procesos	Seguridad del usuario	Desconocimiento y/o bajo autocontrol de los lineamientos de seguridad del paciente Baja cobertura en la socialización y medición de adherencia de las prácticas seguras Insuficiencia y/o rotación de personal asistencial Fallas de infraestructura Bajo seguimiento a la implementación de planes de mejoramiento de EA	Falta de corresponsabilidad del usuario en el cuidado de su salud	quejas demandas sanciones Insatisfacción del usuario hallazgos de auditorías internos o externos Deterioro de la salud del paciente	4 Probable	4 MAYOR	16 Extreme	Correctivo	SI	SI	NO	SI	NO	15	15	0	15	0	45	4 Probable	4 MAYOR	16 Extreme	Reducir	1. Socializar los lineamientos de seguridad del paciente al equipo de salud priorizando USS Meissen Tunal y Ruralidad 2. Implementar estrategias para fortalecer el control de eventos adversos por la misma causa con énfasis en los servicios de urgencias y hospitalización 3. Aplicar listas de chequeo para medir la adherencia de prácticas seguras 4. Evaluar el comportamiento de eventos adversos implementando acciones de mejora a lugar	1.permanente 2.semestral 3.mensuales 4.mensual	Eventos Adversos reincidentes	
44	MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	Gestión clínica excelente y segura	Incremento en la tasa global de infecciones intrahospitalarias por encima del estándar permitido (2.4) EN USS URBANAS Y RURALES	Procesos	Seguridad del usuario	ocasionadas por la no disposición de un espacio adecuado para el usuario protegido (aislamiento). Atención insegura ocasionadas por fallas en la aplicación de los protocolos de limpieza y desinfección. RURAL	Evento adverso Fallecimiento del paciente Deterioro de la imagen institucional Quejas Demandas Sanciones		3 Posible	3 MAYOR	#N/A	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	1 Probable	1 SIGNIFIC	1 Baja	EVITAR	1. Actualizar Programa de Seguridad incluyendo lineamientos de la BUENA PRÁCTICA DETECTAR PREVENIR / REDUCIR INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD 2. Socializar el Programa de Seguridad del Paciente con énfasis en buena práctica de Prevención IAAS y el Programa de IAAS a equipo de USS Rurales 3. Fortalecer la implementación de estrategias para promover cultura en prevención y/o reducción de IAAS en USS urbanas y Rurales 4. Evaluar el conocimiento y/o adherencia a buena práctica de prevención de infecciones en USS urbanas y Rural	mensual	Índice global de infecciones en USS Rurales: Número de casos de infecciones asociadas a la atención en salud en USS Rurales en el periodo / total de # Total de egresos hospitalarios en USS Rurales en el periodo evaluado	
45	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD. PLANEACION DEL CUIDADO EN SALUD. EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION	Gestión del cuidado integral en Urgencias	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de los pacientes por causas inherente al servicio de urgencias (PERFIL)	Procesos	Clinicos	inadecuado diagnóstico y manejo del paciente en el servicio de urgencias Falta de normalización del código respiratorio para menores de 5 años Baja sensibilización y/o adherencia en la guía de prevención, diagnóstico, tratamiento rehabilitación EPOC y guía de faringo amigdalitis Bajo despliegue del perfil de morbilidad al equipo de servicio de urgencias	Neumonía Sepsis Muerte Evento adversos complicaciones Quejas Demandas Sanciones	Condiciones económicas de la población usuaria del servicio en la institución	4 Probable	4 MAYOR	16 Extreme	Correctivo	SI	SI	NO	SI	NO	15	15	0	15	0	45	4 Probable	4 MAYOR	16 Extreme	REDUCIR	1.Normalizar el código respiratorio para menores de 5 años, avanzando en socialización al equipo de urgencias 2.Socializar las guías de prevención, diagnóstico, tratamiento rehabilitación EPOC y guía de faringo amigdalitis 3.Implementar estrategias para fortalecer el conocimiento del perfil de morbilidad al equipo de servicio de urgencias 4.implementar estrategias de fortalecimiento de educación desde promoción y detección en los pacientes	1.Agosto 2018 2.Agosto 2018 3.septiembre 2018 4.segundos semestre 2018	cobertura socialización GPC EPOC y FARINGOAMIGDALITIS (medicos de urgencias con socialización en las GPC referidas / total de medicos de urgencias) (semestral)	
46	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD. PLANEACION DEL CUIDADO	Gestión del cuidado integral en Urgencias	complicacion del cuadro respiratorio por sobreinfección en urgencias (Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores - EPOC- (PERFIL)	Procesos	Clinicos	Falta de programa específico a nivel interno para pacientes con EPOC Baja sensibilización y/o adherencia en la guía de prevención, diagnóstico, tratamiento rehabilitación EPOC Falta de estrategias orientadas a la rehabilitación cardiopulmonar Bajo despliegue del perfil de morbilidad al equipo de servicio de urgencias	Estancias prolongadas Aumento en los costos del tratamiento Afectación del pago global prospectivo conforme al modelo de incentivos	Condiciones económicas de la población usuaria del servicio en la institución	3 Posible	3 MODERADO	9 Alta	Correctivo	SI	SI	NO	SI	NO	15	15	0	15	0	45	3 Posible	3 MODERADO	9 Alta	REDUCIR	1.Definir el programa específico a nivel interno para pacientes con EPOC 2. Socializar la guía de prevención, diagnóstico, tratamiento rehabilitación EPOC al equipo de urgencias 3. Socializar el perfil de morbilidad al equipo de servicio de urgencias	1.Septiembre 2018 2.Marzo y Septiembre 2018 3.Julio 2018	cobertura socialización GPC EPOC (medicos de urgencias con socialización en las GPC referidas / total de medicos de urgencias)	

IDENTIFICACIÓN										ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO															PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO									
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	CAUSAS		CONSECUENCIAS/ EFECTOS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE /ZONA DE RIESGO	CONTROLE NATURAL DE LOS RIESGOS		PARAMETROS					CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL /ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO DEL RIESGO: - EVITAR - REDUCIR - COMPARTIR - TRANSFERIR - ASUMIR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	FECHA CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir relacione un solo indicador asociado al objetivo del proceso)								
						INTERNAS	EXTERNAS					PREVENTIVOS CORRECTIVOS DETECTIVOS	SEGUEMIENTO	1	2	3	4	5																
						Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta	En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva					Están definidos los responsables de la ejecución del control y seguimiento	La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuada	1	2	3	4	5																
47	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD. PLANEACION DEL CUIDADO EN SALUD.	Gestión del cuidado integral en Urgencias	Deshidratación del paciente menor de 5 años secundario a Enfermedad infecciosa intestinal en medio hospitalario (PERFIL)	Procesos	Clinicos	Baja adherencia a la guía enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años Bajo despliegue del perfil de morbilidad al equipo de servicio de urgencias	Desnutrición Condiciones psicosociales de los pacientes asociación con comorbilidades presentadas por el paciente	choque hipovolemico muerte quejas demandas sanciones hallazgos de auditorias internas o externas	1	Rara vez	3	MODERADO	3 Moderada	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	-1	#N/A	1	#N/A	EVITAR	1. Socializar la guía enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años a médicos generales y pediatras de urgencias 2. Socializar el perfil de morbilidad al equipo médico y pediatras de servicio de urgencias 3. Evaluar por el Referente de Pediatría la adherencia al conocimiento de la guía al equipo médico y pediatras de urgencias	1.Semestral 2.Julio 2018 3.Semestral 2018	Evento adverso: deshidratación de menor de 5 años intrahospitalaria/ total de menores de 5 años atendidos en observación de urgencias	
48	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD. PLANEACION DEL CUIDADO EN SALUD. EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión del cuidado integral en Urgencias	Inadecuada clasificación de triage (URGENCIAS)	Procesos	Operativos	Contratación de colaboradores vinculados sin experiencia en urgencias falta de inducción en puesto de trabajo Débil supervisión y/o acciones de mejoramiento poco efectivas frente a fallas de clasificación de triage identificadas por la dirección de urgencias y profesionales de enlace	No aplica	Evento adverso Complicación Quejas Insatisfacción del usuario	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	Correctivo	SI	SI	NO	SI	NO	15	15	0	15	0	45	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	Reducir	1. Actualizar el procedimiento de triage y avanzar en socialización a partes interesadas 2. Actualizar el procedimiento de selección de OPS fortaleciendo las pruebas de conocimientos del equipo de salud vinculado a los diferentes servicios (urgencias) 3. Normalizar el documento de inducción de colaboradores de contrato, con énfasis en actividades y tiempos para personal que ingresa nuevo al servicio de urgencias 3. Evaluar la adherencia de triage a nivel de autocontrol y/o calidad con mayor frecuencia 4. Consolidar resultados de adherencia de triage e implementar acciones de mejora a lugar	1. Marzo 2018 2. JULIO 2018 3. JULIO 2018 4. AGOSTO 2018	Proporción de eventos adversos asociados a inadecuada clasificación en triage (eventos adversos asociados a inadecuada clasificación en triage / Total de Eventos adversos presentados en el periodo) (SEMESTRAL)
49	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD. PLANEACION DEL CUIDADO EN SALUD. EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión del cuidado integral en Urgencias	Agresión por parte de los pacientes y/o acompañantes al equipo de salud de urgencias	Personas	Operativos	Las características y cultura de la población usuaria de la subred, tiende a comportamientos agresivos y/o violentos Trato deshumanizado e irrespetuoso por parte de algunos pacientes que consultan urgencias generan mas ansiedad en los familiares y/o acompañantes Baja cobertura en capacitaciones de humanización al equipo de seguridad y vigilancia Débil acompañamiento por parte de equipo de servicio al ciudadano a los servicios de urgencias	Quejas Incapacidades de colaboradores de urgencias Rotación de personal Demandas		3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	NO	15	15	30	15	0	75	2	probable	2	JENOFOROBIA	4 Baja	Reducir	1. Realizar capacitación en humanización a los usuarios (pacientes y/o familiares) que consultan urgencias 2. Realizar capacitación en humanización al equipo de seguridad y vigilancia del servicio de urgencias 3. Intensificar visitas o rondas de acompañamiento por parte del equipo de servicio al ciudadano al servicio de urgencias	1. Continuo 2. Continuo 3. Continuo	proporción de quejas por agresión de pacientes o acompañantes al equipo de urgencias (total de quejas por agresión de pacientes o acompañantes al equipo de urgencias reportada en el periodo/ total de quejas en el periodo (medición consolidada anual)
50	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD. PLANEACION DEL CUIDADO EN SALUD. EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión del cuidado integral en Urgencias	Inoportunidad en la atención en el servicio de urgencias (URGENCIAS)	Procesos	Operativos	Demoras en el proceso administrativo de admisión de usuarios en urgencias Alto volumen de pacientes que consulta el servicio de urgencias ocasionando retrasos en la atención Inoportuna respuesta de interconsulta y de realización de apoyos diagnósticos Insuficiencia en la capacidad instalada de Talento humano Debilidades en el control de los tiempos de espera en triage	1. Evento catastrófico o emergencia que supere capacidad física y humana instalada 2. Infraestructura física de subredes de prestación de servicios de salud insuficientes frente a la demanda del servicio	Sucesos de seguridad relacionados con la inoportunidad Quejas y reclamos de los usuarios Demandas Deterioro del estado de salud del paciente	3	Posible	4	MAYOR	12 Extrema	Correctivo	SI	SI	NO	SI	NO	15	15	0	15	0	45	3	Posible	4	MAYOR	12 Extrema	Reducir	1. Realizar mesa de trabajo entre facturación y urgencias para determinar causas de demoras administrativas e implementar correctivos a lugar 2. Fortalecer la estrategia de realización de consulta prioritaria en los CAPS implementados en la subred 3. Socializar en sala de espera los derechos, deberes y la importancia de la utilización del servicio a través de diferentes medios de comunicación 4. Evaluar la oportunidad de tiempos durante el ciclo de atención en urgencias e implementar correctivos a lugar.	1. Febrero 2018. 2. Continuamente 3. Continuamente 4. Continuamente	Oportunidad de triage II

No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	IDENTIFICACIÓN		ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO															PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO										
						CAUSAS		CONSECUENCIAS/ EFECTOS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE /ZONA DE RIESGO	CONTROLE NATURAL/ZA DE LOS CONTROLES		PARAMETROS					CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL /ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO O DEL RIESGO: - EVITAR - REDUCIR - COMPARTIR - TRANSFERIR - ASUMIR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	FECHA CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir relación un solo indicador asociado al objetivo del proceso)							
						INTERNAS						Herramientas para ejercer el control		Seguimiento al control																			
						INTERNAS	EXTERNAS					PREVENTIVOS CORRECTIVOS DETECTIVOS	Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta	En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva	Están definidos los responsables de la ejecución del control y seguimiento	La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuada	1	2									3	4	5				
51	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD, PLANEACION DEL CUIDADO EN SALUD, EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión del cuidado integral en Ambulatorio	Falta de educación al usuario durante la consulta para prevenir Enfermedades hipertensivas (primera causa PERFIL)	Procesos	Clinicos	Baja adherencia de la GPC Hipertension por parte de los profesionales asistenciales Falta de acciones preventivas que minimicen el riesgo de hipertension falta de acompañamiento por parte de gestion del conocimiento en GPC Baja cobertura del perfil de morbilidad de consulta externa	Complicaciones Reincidencia del perfil de morbilidad por este mismo riesgo Quejas Demandas sanciones	2	Improbable	4	MAYOR	8 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	NO	15	15	30	15	0	75	1	rara vez	3	MODERADA	3 Moderada	EVITAR	1. Fortalecer la socialización de la GPC Hipertension a médicos de consulta externa (gestión del conocimiento) 2. Implementar estrategias para minimizar el riesgo de hipertension 3. Socializar el perfil de perfil de morbilidad de consulta externa al equipo de salud de consulta externa	1. segundo semestre 2018 2. Continua 3. segundo semestre 2018	Cobertura de socialización GPC HTA en CE (medicos de CE con socialización en GPC de HTA / total de medicos de CE) Anual
52	GESTION DE LA INFORMACION TICS	Tecnología de información y comunicaciones TICS	Pérdida de información institucional física o magnética por causas inherentes a la institución	Tecnología	Seguridad de la Información	NIVEL FISICO: Carencia del inventario documental de los antiguos hospitales infraestructura inadecuada para el acopio documental que tenían los antiguos hospitales NIVEL MAGNETICO O DIGITAL: Tecnología obsoleta Inadecuada disposición de los dispositivos, Desconocimiento del sistema de información Fallas de funcionamiento de los aplicativos de la Subred, Falta de mantenimiento de bases de datos Desconocimiento a lineamientos en seguridad de información por los colaboradores; Falas en la plataforma de redes de comunicación carencia de elementos de protección perimetral; uso inadecuado de los privilegios para acceso a la información	Demandas Sanciones Hallazgos de auditorias internas o externas Quejas Disminución en valores facturados	2	Improbable	4	MAYOR	8 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	NO	15	15	30	15	0	75	1	rara vez	3	MODERADA	3 Moderada	Reducir	1. Capacitar a los colaboradores en Política de seguridad de la información y lineamientos internos asociados para la protección de la información y el instructivo de organización de archivos de gestión 2. Implementar estrategias o controles frente a la asignación o cancelación de roles o perfiles según novedad del colaborador 3. Levantar los activos de información institucional, priorizando los sistemas de información de cada proceso 4. Iniciar con el proceso de implementación de TRD por proceso	Trimestral	Control de incidencias en sucesos de seguridad asociados a pérdida de información (anual)
53	GESTION DE LA INFORMACION TICS	Información y análisis institucional	Inoportunidad en la entrega de información interna y/o externa	Personas	Seguridad de la Información	Baja adherencia al procedimiento establecido para la generación de información Desarticulación entre áreas Cambios de fuentes de información Cambios de personal	Sanciones Hallazgos Quejas	4	Probable	4	MAYOR	16 Extrema	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	2	probable	2	MEJORADA	4 Baja	Evitar	1. Normalizar el procedimiento de generación y/o entrega de información, avanzando en su socialización a partes interesadas 2. Estructurar el cronograma de informes normativos internos o externos a presentar por la institución con frecuencias y responsables, con participación de procesos correspondientes 3. Evaluar el cumplimiento del cronograma de presentación de informes marco normativo	Trimestral	Oportunidad de entrega de información interna o externa normativos (Total de informes internos o externos entregados oportunamente a nivel normativo / total de informes internos o externos normativos oportunamente)
54	GESTION DEL TALENTO HUMANO	Permanencia laboral	Liquidación incorrecta de la nómina	Personas	Operativos	Fallas de aplicación del procedimiento de liquidación de nómina por parte de colaboradores que intervienen en su desarrollo	Hallazgos Quejas	2	Improbable	4	MAYOR	8 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	NO	15	15	30	15	0	75	1	rara vez	3	MODERADA	3 Moderada	Evitar	1. Aplicación del procedimiento de nómina por parte del Profesional Especializado de Gestión Humana y los técnicos operativos. 2. Revisar exhaustivamente las novedades, liquidación de la pre nómina y nómina a fin de detectar posibles errores.	Permanente	NUMERO DE LIQUIDACIONES REALIZADAS EN EL PERIODO SIN ERROR / NUMERO TOTAL DE LIQUIDACIONES * 100 (semestral)

IDENTIFICACIÓN										ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO															PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO														
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	CAUSAS		CONSECUENCIAS/ EFECTOS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE / ZONA DE RIESGO	CONTROLES					PARAMETROS					CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL / ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO DEL RIESGO: - EVITAR - REDUCIR - COMPARTIR - TRANSFERIR - ASUMIR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	FECHA CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir relación un solo indicador asociado al objetivo del proceso)										
						INTERNAS						EXTERNAS		PREVENCIÓN CORRECTIVOS DETECTIVOS	Herramientas para ejercer el control	Seguimiento al Control	1	2	3	4	5									6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
						INTERNAS	EXTERNAS					PREVENCIÓN CORRECTIVOS DETECTIVOS	Herramientas para ejercer el control																										
55	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD. PLANEACION DEL CUIDADO EN SALUD. EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión integral del riesgo en salud (promoción y prevención individual y colectiva)	Inadecuada implementación del Modelo integral de Atención en salud de acuerdo a normatividad vigente	Procesos	Legal	Desconocimiento sobre la normatividad que rige el MIAS a nivel interno Falta de enfoque del MIAS aplicable para la SUBRED SUR Falta de claridad frente a los mecanismos de seguimiento de avance del MIAS	Falta de línea técnica por parte del ente correspondiente para la implementación del MIAS	Falta de direccionamiento del quehacer institucional Afectación del cumplimiento de objetivos institucionales Pérdida de imagen y credibilidad institucional	2	Improbable	4	MAYOR	8	Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	0	#N/A	2	MENOR	#N/A	EVITAR	1. Construir el documento de enfoque del Modelo de atención en salud aplicable al contexto institucional 2. Socializar el Modelo al Comité Directivo en el marco de información de reorganización en salud 3. Monitorear los avances del Modelo de atención a nivel interno	1. Febrero de 2018 2. Mayo de 2018 3. Cuatrimestral	Cumplimiento Hoja de ruta de implementación MIAS (Instrumento de SDS)			
56	GESTION DEL CONOCIMIENTO	Transformación y crecimiento organizacional	Sobre ocupación de la capacidad instalada de la Subred por personal en formación	Externo	Estratégico	No realización del análisis de capacidad instalada para Convenios Docencia Servicio en concordancia con los lineamientos para el desarrollo de los convenios Docencia Servicio Emanadas desde el Ministerio de Salud.	Cambios en la Normatividad Vigente	No calidad en el proceso Docencia Servicio del personal en formación. No calidad en la prestación de los servicios de salud a nuestros usuarios.	2	Improbable	2	MENOR	4	Baja	Correctivo	SI	SI	SI	SI	SI	#N/A	EVITAR	Realizar los análisis de capacidad instalada para Convenios Docencia	1. De Febrero a Abril se realizó el análisis de la Capacidad Instalada	100	100	N/A	NO	NO APLICA	Realizar los análisis de capacidad instalada en la Subred socializar con los diferentes líderes y referentes, para toma de decisiones. Realizar el análisis de Capacidad Instalada semestralmente o ante los cambios en la Organización de la Subred.	31/07/2018	Porcentaje de ocupación de la capacidad instalada para Convenios Docencia Servicio: Oferta Real / Oferta Teórica *100							
57	GESTION DEL CONOCIMIENTO	Investigación	Niveles críticos en la calidad de la formulación y diseño de proyectos de investigación	Externo	Operativos	Baja cultura en actividades de gestión del conocimiento	Heterogeneidad en la tipología de convenios docencia servicio a nivel de investigación formativa Restricción en gestión de innovación ciencia y tecnología por parte de Colciencias	Incumplimiento de la Agenda de investigación Nivel crítico de apropiación de resultados de proyectos de investigación en la toma de decisiones	3	Posible	3	MODERADO	9	Alta	Preventivo	SI	SI	NO	SI	SI	4	Baja	1. Realizar el acompañamiento y asistencia técnica individualizada a los proyectos de investigación desde su formulación 2. Formalizar líneas de investigación a nivel institucional 3. Realizar la medición de actividades de conocimiento por unidades de servicio (cual tiene más potencial) 4. Desarrollar la primera fase de un modelo de gestión de conocimiento en investigación en la institución	1. De Febrero a Abril de 2018, se ha realizado la evaluación de los proyectos	80%	100	SI	NO APLICA	1. Realizar el acompañamiento y asistencia técnica individualizada a los proyectos de investigación desde su formulación 2. Formalizar líneas de investigación a nivel institucional 3. Realizar la medición de actividades de conocimiento por unidades de servicio (cual tiene más potencial) 4. Desarrollar la primera fase de un modelo de gestión de conocimiento en investigación en la institución	30/06/2018	Proyectos de investigación con cumplimiento de requisitos de calidad de Subred=Numero de proyectos aprobados/ numero proyectos postulados (línea de base al finalizar vigencia)								
58	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD. PLANEACION DEL CUIDADO EN SALUD.	Gestión integral del riesgo en salud (promoción y prevención individual y colectiva)	Respuesta inefectiva a las necesidades y/o riesgos en salud identificadas en población prioritaria de la institución en el marco de visitas domiciliarias (gestantes, menor de 5 años y adulto con HTA y diabetes)	Procesos	Poblacional	Falta de adherencia a los lineamientos para la identificación de necesidades y clasificación del riesgo de la población de la institución Inadecuada lectura de necesidades en salud de población de la institución Falta de seguimiento a los riesgos identificados en la población Fallas en la identificación del riesgo clínico de acuerdo a la prioridad en salud identificada de la población intervenida	Falta de completitud y/o veracidad de la información suministrada por el usuario Falta de corresponsabilidad por parte del usuario en el cuidado de su salud Falta de corresponsabilidad por parte de las EAPB en el	Mortalidad evitable Complicación de cuadro clínico de patología de base del usuario Diagnóstico erróneo de la condición de salud de la población Resultados negativos en indicadores trazadores en salud	3	Posible	3	MODERADO	9	Alta	Correctivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	1	Baja	1	REDUCIR	1. Normalizar y socializar documentos internos y externos que determinan las acciones y controles para realizar la identificación de necesidades o riesgos en la población 2. Realizar asistencia técnica en GPC con énfasis en detección de riesgo a perfiles de enfermeros y auxiliares de enfermería de espacio de vivienda y PyD 3. Realizar preauditorías de la adecuada aplicación de los lineamientos para identificados o riesgos de la población de la subred por las dependencias correspondientes (PyD y PIC), implementando correctivos a lugar 4. Implementar estrategias para fortalecer la corresponsabilidad de la población intervenida frente al cuidado de su salud	1. Julio de 2018 2. Febrero 2018 y trimestralmente 3. PyD: trimestrales, PIC: Mensualmente 4. Mensualmente	Adherencia a las RIAs: gestantes, infancia y crónicos						

No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	CAUSAS		CONSECUENCIAS/ EFECTOS	ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO															PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO											
						INTERNAS			PROBABILIDAD	IMPACTO		RIESGO INHERENTE / ZONA DE RIESGO	CONTROLES		PARÁMETROS					CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL / ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO O DEL RIESGO: - EVITAR - REDUCIR - COMPARTIR - TRANSFERIR - ASUMIR	FECHA CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir relación un solo indicador asociado al objetivo del proceso)									
						INTERNAS	EXTERNAS						PREVENTIVOS CORRECTIVOS DETECTIVOS	Herramientas para ejercer el control		Seguimiento al control			1								2	3	4	5					
														Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta	En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva	Están definidos los responsables de la ejecución del control y seguimiento	Se realiza la ejecución del control y seguimiento a cabalidad																		
59	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD. PLANEACION DEL CUIDADO EN SALUD. EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión integral del riesgo en salud (promoción y prevención individual y colectiva)	Incumplimiento en las metas y/o coberturas establecidas en los contratos celebrados con las EAPB o Entes territoriales (Capital salud y PIC)	Procesos	Financiero	Insuficiencia del talento humano Inadecuada planeación de los requerimientos técnicos y de infraestructura para la realización de las actividades Inadecuada demanda inducida o búsqueda activa de los usuarios para la realización de las actividades Débil mecanismos de alerta ante desviaciones en el cumplimiento de las metas o coberturas programadas	Movilidad de los usuarios Negación por parte de la población para la realización de las actividades Cancelación de actividades programadas por parte de las organizaciones comunitarias o instituciones de otros sectores	Disminución de ingresos financieros de la subred Incumplimiento de las obligaciones contractuales Pérdida de imagen o credibilidad con la institución	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	1	Rara vez	1	BAJA	1	Reducir	1. Implementar un mecanismo para mejorar la planeación del talento humano del PIC y PyD 2. Capacitar en Plan de Beneficios a los colaboradores de primer contacto 3. Implementar estrategias que favorezcan la demanda inducida a los programas de PYD 4. Monitorear el cumplimiento de las metas y coberturas de los programas de PY D y PIC	1. Febrero 2018 2. Trimestralmente 3. Febrero 2018 4. Mensual (metas) y trimestral (coberturas)	Cumplimiento de metas y/o coberturas de contratos o convenios de PIC y PYD de la subred (SEMESTRAL)
60	MEJORAMIENTO O INSTITUCIONAL	Gestión clínica excelente y segura	Complicaciones del estado del paciente por demora durante el traslado a otra USS.	Procesos	Seguridad del usuario	Procedimiento de referencia y contrarreferencia desactualizado Demora en el trámite administrativo para la solicitud de la referencia de un paciente rural Demoras en la disponibilidad de ambulancia medicalizada a una USS de mayor complejidad Desconocimiento por parte de colaboradores de sumapaz del sistema de referencia y contrarreferencia a nivel de subred	Dificultad de desplazamiento por vías de acceso	Evento adverso Fallecimiento del paciente Deterioro de la imagen institucional Quejas Demandas Sanciones	2	Improbable	3	MODERADO	6 Moderada	Preventivo	SI	SI	SI	SI	NO	15	15	30	15	0	75	1	Rara vez	2	BAJA	2	Evitar	1. Actualizar el procedimiento de referencia y contra referencia. 2. Socializar el procedimiento anterior con énfasis en el trámite administrativo para la adecuada referencia de pacientes desde la localidad de Sumapaz (referencia y contra referencia)	1. Abril de 2018 2. Mayo 2018 3. Mayo 2018	Complicaciones de pacientes por demoras en el traslado a otra USS (total de complicaciones de pacientes presentadas en el periodo por demoras en el traslado a otra USS en / total de traslados de pacientes remitidos de la localidad de Sumapaz a otra USS)	
61	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD. PLANEACION DEL CUIDADO EN SALUD. EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión del cuidado integral en Hospitalario	RETENCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PACIENTE QUIRURGICO (HOSPITALARIO)	Procesos	Clínicos	Escasa adherencia al procedimiento de atención del paciente en sala de cirugía y aplicación de las normas de cirugía segura por equipo asistencial del servicio quirúrgico Fallas en la aplicación de listas de chequeo de cirugía segura Rotación de colaboradores Debilidades en la supervisión al personal en entrenamiento	Paciente con condiciones clínicas de sangrado mayor	COMPLICACIONES DE LA PATOLOGIA DE BASE Y/O MUERTE DEMANDAS SANCIONES REINGRESOS EVENTOS ADVERSOS	1	Rara vez	4	MAYOR	4 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	-1	#N/A	2	#N/A	2	EVITAR	1. Socializar el procedimiento de Atención al paciente en salas de cirugía al equipo quirúrgico asistencial de hospitalario (Profesional transversal cirugía) 2. Aplicar evaluación de conocimiento del procedimiento 3. Evaluar adherencia del procedimiento en las unidades quirúrgicas Tunal, Meissen y el Carmen, implementando correctivos a lugar según resultados	1. Febrero y agosto de 2018 2. Febrero y agosto 2018 3. Autocontrol: Septiembre 2018	Eventos adversos reportados asociados a esta condición clínica en Hospitalización	
62	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD. PLANEACION DEL CUIDADO EN SALUD. EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión del cuidado integral en Hospitalario	CIRUGIA EN SITIO EQUIVOCADO (HOSPITALARIO)	Personas	Operativos	Escasa adherencia al procedimiento de atención del paciente en sala de cirugía y aplicación de las normas de cirugía segura por equipo asistencial del servicio quirúrgico Falta de normalización de lineamientos en inducción específica en puesto de trabajo para colaboradores nuevos del servicio Fallas en la aplicación de listas de chequeo de cirugía segura Debilidades en la supervisión al personal en entrenamiento		COMPLICACIONES DE LA PATOLOGIA DE BASE DEMANDAS SANCIONES EVENTOS ADVERSOS AFECTACION NEGATIVA DE IMAGEN INSTITUCIONAL	1	Rara vez	4	MAYOR	4 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	-1	#N/A	2	#N/A	2	EVITAR	1. Diseñar los lineamientos de inducción general y específica, con descripción de temáticas específicas para equipo asistencial del servicio quirúrgico, avanzando en la normalización y socialización (Talento humano -Referente de cirugía-enfermería e instrumentación) 2. Realizar inducción en puesto de trabajo a colaboradores nuevos del servicio quirúrgico, según lineamientos aprobados (referente de cirugía-enfermería e instrumentación) 3. Socializar procedimiento de Atención al paciente en salas de cirugía al equipo quirúrgico asistencial de hospitalario (Profesional transversal cirugía) 4. evaluar la adecuada aplicación de la lista de chequeo de cirugía al equipo de salud del servicio implementando correctivos a lugar	1. Agosto de 2018 2. Agosto 2018 3. Autocontrol: Septiembre 2018	Eventos adversos reportados asociados a esta condición clínica	

IDENTIFICACIÓN										ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO										PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO													
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	CAUSAS		CONSECUENCIAS/ EFECTOS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE /ZONA DE RIESGO	CONTROL DE LOS RIESGOS					PARAMETROS					ACCIONES A IMPLEMENTAR	FECHA CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir relacione un solo indicador asociado al objetivo del proceso)									
						INTERNAS	EXTERNAS					PREVENTIVOS CORRECTIVOS DETECTIVOS	Herramientas para ejercer el control		Seguimiento al Control			CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL / ZONA DE RIESGO				TRATAMIENTO DEL RIESGO: - EVITAR - REDUCIR - COMPARTIR - TRANSFERIR - ASUMIR								
													Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta	En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva	Están definidos los responsables de la ejecución del control y seguimiento	La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuada	1									2	3	4	5				
63	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD, PLANEACION DEL CUIDADO EN SALUD, EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión del cuidado integral en Hospitalario	Atención insegura de la materna durante la atención intrahospitalaria del Parto	Procesos	Clinicos	Baja adherencia a GPC de atención de parto, complicaciones del embarazo, Atención del Recien nacido protocolo de código rojo, procedimiento de atención de partos Falta de conocimiento del funcionamiento del area o servicio por parte de los colaboradores del servicio Bajo autocontrol de las buenas practicas asociadas al servicio tales como: atención de la gestante y el recién nacido, identificación de pacientes, prevención de caídas, consentimiento informado, prevención de medicamentos, entre otras	paciente (factores de riesgo)	Complicación Evento adverso Muerte Demandas Quejas Sanciones Hallazgos de auditorias internas o externas Pérdida de imagen institucional	1	Rara vez	4	MAYOR	4 Alta	Correctivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	-1	#N/A	2	#N/A	#N/A	1. Diseñar los lineamientos de inducción general y específica, con descripción de temáticas para equipo asistencial del servicio obstetrico, avanzando en la normalización y socialización (Talento humano- Referente de ginecobstetrica-enfermeria) 2. Realizar inducción en puesto de trabajo a colaboradores nuevos del servicio obstetrico, según lineamientos aprobados (referente de obstetrica-enfermeria) 3. Socializar la Guía de atención de Parto, documentar e implementar el protocolo de parto instrumentado al personal que interviene en el proceso (Referente de Ginecobstetrica y enfermeria) 4. Diseñar y evaluar la adecuada aplicación de la lista de chequeo de parto seguro al equipo de salud del servicio implementando correctivos a lugar 5. Implementar estrategia de "simulacro de código rojo" para disminuir mortalidad materna	1. Agosto 2018 2. Agosto 2018 3. A partir de marzo según programación 4. Marzo y septiembre 5. Primer semestre 2018	Mortalidad materna por causas inherentes a la Institución (anual)
64	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD, PLANEACION DEL CUIDADO EN SALUD, EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión del cuidado integral en Hospitalario	Infección asociada al cuidado de la salud del paciente con enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores DURANTE ATENCION (Perfil de morbilidad: Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores . 3 causa perfil: influenza, gripe o neumonia)	Procesos	Clinicos	Baja adherencia a GPC de prevención, diagnostico, tratamiento rehabilitación EPOC Bajo autocontrol de las buenas practicas asociadas al proceso de atención tales como: prevención de infecciones, entre otras	comorbilidades del paciente	Complicación Evento adverso Quejas Sanciones Hallazgos de auditorias internas o externas	1,00	Rara vez	2	MENOR	2 Baja	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	-1	#N/A	0	#N/A	#N/A	1. Socializar el protocolo de lavado de manos al personal asistencial del servicio de hospitalización adultos 2 Capacitar a colaboradores del servicio de hospitalización de adultos en protocolo de manos 3. Evaluar la adherencia al protocolo de lavado de manos en el servicio de hospitalización adultos implementando correctivos a lugar	Referente de infecciones (revisar quien)	Adherencia al protocolo de lavado de manos (MEDICION ANUAL)
65	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD, PLANEACION DEL CUIDADO EN SALUD, EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión del cuidado integral en servicios complementarios (apoyo diagnóstico, terapéutico y alternativas especiales de solución)	Administración de medicamento(S) equivocado a paciente equivocado(s) en USS URBANAS Y/O RURALES	Procesos	Seguridad del usuario	falta de concentración en la administración de medicamentos Elementos distractores Falta de organización en la segregación de medicamentos	Eventos adversos		1	Rara vez	3	MODERADO	3 Moderada	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	-1	#N/A	1	#N/A	#N/A	1. Socializar 10 correctos de medicamentos al equipo de complementarios 2. Realizar acompañamiento o asistencia en aplicación de técnicas de comunicación redundante 3. Realizar doble chequeo de identificación de pacientes	Eventos adversos por administración equivocada de pacientes a paciente equivocado	

IDENTIFICACIÓN										ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO										PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO																
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	CAUSAS		CONSECUENCIAS/ EFECTOS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE /ZONA DE RIESGO	CONTROLE NATURAL/ ZONA DE LOS CONTROLES		PARAMETROS					CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL /ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO DEL RIESGO: - EVITAR - REDUCIR - COMPARTIR - TRANSFERIR - ASUMIR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	FECHA CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir relacione un solo indicador asociado al objetivo del proceso)										
						INTERNAS						Externas		Herramientas para ejercer el control		Seguimiento al Control																				
						INTERNAS	EXTERNAS					PREVENTIVOS CORRECTIVOS DETECTIVOS	Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta	En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva	Están definidos los responsables de la ejecución del control y seguimiento	La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuada	1	2									3	4	5							
66	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD. PLANEACION DEL CUIDADO EN SALUD. EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión integral del riesgo en salud (promoción y prevención individual y colectiva)	Inadecuados resultados de los indicadores de la gestión asistencial que afectan avances del Plan territorial de salud (mortalidad materna por causas institucionales evitables)	Procesos	Legal	Debilidad en la identificación y seguimiento a la gestante Fallas en la atención asistencial a la gestantes asociadas las demoras (identificación, reconocimiento del problema, calidad en la atención preferencia y contrarreferencia) Desconocimiento y/o falta de adherencia a las Guías y protocolos de atención materna perinatal	co morbilidades del paciente Falta de adherencia a las recomendaciones de cuidado o a identificación del riesgo por parte del usuario	Complicación Evento adverso Quejas Sanciones Hallazgos de auditorías internas o externas	2	Improbable	4	MAYOR	8	Alta	PREVENTIVO	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	0	#N/A	2	MENOR	#N/A	EVITAR	1. Implementar estrategia de seguimiento para fortalecimiento y seguimiento a gestantes 2. Implementar buena practica "binomio madre e Hijo" 3. Evaluar adherencia a las GPC materno perinatales segun programación PAMEC	1. Mayo de 2018 2. Marzo 2018 en adelante 3. segun Pamec	Razon de mortalidad materna por causas institucionales evitables (trimestral)	
67	CONTRATACION	Contratación Bienes y Servicios	Direccionamiento de criterios previos y en pliegos de condiciones para favorecimiento de un grupo y/o firma en particular (NO MATERIALIZADO) (Contratación)	Personas	Corrupción	Intencionalidad del colaborador de recibir un beneficio particular frente a determinar un criterio en el que cumple una empresa en específico Falta de controles en fase precontractual para determinar requisitos específicos de los procesos de selección de bienes y servicios Débil supervisión frente a aplicación de lineamientos en fase precontractual	Acuerdos previos entre proveedores grandes con proveedores pequeños para la no presentación de estos últimos en los procesos de selección	Quejas Investigaciones (administrativas, disciplinarias, fiscales...) Desconfianza en la entidad (Pérdida de imagen institucional) Demoras en la prestación del servicios a los usuarios	3	Posible	4	MAYOR	12	Extrema	PREVENTIVO	SI	SI	SI	SI	SI	0	0	0	0	0	0	3	Posible	4	MAYOR	12	Extrema	EVITAR	1. Actualizar los procedimientos o lineamientos de contratación con énfasis en mejoramiento de controles en la fase precontractual 2. Socializar los procedimientos a las partes interesadas 3. Monitorear el conocimiento y aplicación de lineamientos de contratación actualizados con énfasis a supervisores (pretest y postest) implementado acciones de mejoramiento a lugar según resultados	1. Marzo a Julio de 2018 2. Marzo a Julio de 2018 3. Agosto de 2016	Demandas en contra de la entidad por contratos celebrados con favorecimiento a terceros en la etapa pre contractual
68	CONTRATACION	Contratación Bienes y Servicios	Exposición a multas o sanciones por incumplimiento en publicación oportuna en SECOP y/o Página Web institucional de documentos de procesos contractuales.	Procesos	Operativos	Falta de normalización de procedimiento pre -contractual actualizado, con descripción de controles frente a publicación oportuna de contratos en SECOP Alto volumen de contratos de prestación de servicios que generan demoras en el cargue de las modificaciones en el SECOP Falta de lineamientos y controles asociados a cargue de información de contratos en el SECOP Demoras en el proceso de evaluaciones (economica, tecnica, financiera...) que retrasan el cargue	Fallas en la plataforma de SECOP que generan reprocesos y demoras en cargue de información interna	Hallazgos por entes de control (internos y externos) Investigaciones por incumplimiento normativo (publicidad de información)	1	Rara vez	4	MAYOR	4	Alta	PREVENTIVO	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	-1	#N/A	2	MENOR	#N/A	Reducir	1. Diseñar el procedimiento precontractual que incluya actividades y/o controles de oportunidad de publicación oportuna de contratos en SECOP y medio de verificación, avanzando en normalización en intranet y aplicación 2. Actualizar el procedimiento Gestión contractual CPSE que incluya actividades y/o controles específicos de oportunidad de publicación oportuna de contratos en SECOP y medio de verificación, avanzando en normalización en intranet y aplicación 3. Socializar los procedimientos referidos anteriormente a los colaboradores de contratación de bienes y servicios y de OPS 4. Evaluar la oportunidad de cargue de contratos en SECOP tanto por contratación como por OPS, implementando correctivos a lugar según desviaciones	1. Marzo 2018 2. Agosto 2018 3. Agosto 2018 4. Mensualmente	Multas o sanciones por extemporaneidad de publicación de Contratos en SECOP	

IDENTIFICACIÓN										ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO															PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO										
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	CAUSAS		CONSECUENCIAS/ EFECTOS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE / ZONA DE RIESGO	CONTROLES NATURALES DE LOS PROCESOS		PARAMETROS					CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES					PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL / ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO DEL RIESGO: - EVITAR - REDUCIR - COMPARTIR - TRANSFERIR - ASUMIR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	FECHA CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir relacione un solo indicador asociado al objetivo del proceso)					
						INTERNAS	EXTERNAS					PREVENTIVOS	DETECTIVOS	Herramientas para ejercer el control	Seguimiento al Control	1	2	3	4	5															
						INTERNAS	EXTERNAS					PREVENTIVOS	DETECTIVOS	Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta	En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva	Están definidos los responsables de la ejecución del control y seguimiento	La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuada																		
69	CONTRATACION	Contratación Bienes y Servicios	Fallas de Supervisión en la ejecución de los contratos ocasionando terminación anticipada, sobre-ejecución, sub-ejecución y/o imposibilidad de liquidarlos.	Procesos	Operativos	Falta de lineamientos para supervisión de contratos débil supervisión de contratos		Demandas Hallazgos internos o externos Afectación del servicio Pérdida de imagen	4	Probable	3	MODERADO	12 Alta	PREVENTIVO	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	2	probable	1	SNIFIC	2 Baja	EVITAR	1. Documentar el Manual de contratación que incluya lineamientos para supervisores de contratos 2. Realizar capacitación a supervisores	Continua	% supervisores capacitados en Manual de contratación (semestral)	
70	CONTRATACION	Contratación Bienes y Servicios	Afectación de la prestación del servicio de salud y/o bien por demoras administrativas inherentes a fase precontractual de elaboración de la minuta contractual y/o documentos anexos	Procesos	Operativos	Demoras en fase precontractual de formalización de contratos Falta de controles para revisión de cumplimiento de requisitos de oferentes o posibles contratistas		Falta de insumos Quejas Sanciones	2	Improbable	4	MAYOR	8 Alta	PREVENTIVO	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	0	#N/A	2	#N/A	#N/A	EVITAR	1. Implementar lista de chequeo de requisitos de contratos (fase precontractual) 2. Verificar completitud y cumplimiento de documentos presentados por oferentes o posibles contratistas	Continua	Lista de chequeo de requisitos (fase precontractual) implementada	
71	PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	Servicio al ciudadano	Usuario desorientado y desinformado por causas inherentes a la institución	PERSONAS	Operativos	Falta y/o deficiencias en la orientación e información al usuario para el acceso a los Servicios de salud.		Cambio permanente en la normatividad. *Trámites excesivos para acceder a los servicios de salud *Desinformación o información errónea. *Barrera de acceso *Instauración de quejas quejas, reclamos. *Pérdida de la imagen	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	PREVENTIVO	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	1	rara vez	1	SNIFIC	1 Baja	ASUMIR	1- Actualizar el Manual de Atención al ciudadano fortaleciendo temáticas de orientación e información a usuarios 2- Realizar asistencia técnica a los informadores frente al acceso a la prestación de servicio a los ciudadanos 3- Evaluar a los auxiliares de atención, sobre información clave para el usuario.	1. Agosto 2018 2. Según cronograma 3. Según cronograma	% quejas de usuarios por desinformación institucional (anual)	
72	PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	Servicio al ciudadano	Inoportunidad en la respuesta a requerimientos, peticiones, quejas o reclamos interpuesto por el usuario	Procesos	Estratégico	Falta de cumplimiento en los términos de respuesta por parte de los líderes del proceso afectado Inobservancia o incumplimiento de la gestión de Derechos de Petición por prestación de servicios fuera de los términos legales y pertinentes. El sistema de control a nivel interno no tiene perfiles de seguridad		Demoras en el cargue de información y tablero de control del aplicativo de Secretaría General ahora denominado "Bogotá te escucha" (duplicidad de manifestaciones) Cambio de residencia del peticionario Dificultades en la consecución de la dirección *Daño Antijurídico *Costos de no calidad *Pérdida de la imagen *Insatisfacción del usuario	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta							0	0	0	0	0	0	0	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	ASUMIR	1. Socializar a líderes de proceso el procedimiento de Recepción, trámite, y cierre derechos de petición por prestación de servicio al ciudadano 2. Implementar estrategias para mejorar la oportunidad de la respuesta de manifestaciones interpuestas por los ciudadanos 3. Realizar backups mensual de la herramienta de control interno para control de PQRS 4. Evaluar la oportunidad de respuesta de PQRS, implementando correctivos a lugar	1. Según cronograma 2. Según cronograma 3. Mensual 4. trimestral	Oportunidad en la respuesta a PQRS (total de PQRS con respuesta oportuna según normativa vigente/ total PQRS respondidas en el periodo)

IDENTIFICACIÓN										ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO															PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO										
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	CAUSAS		CONSECUENCIAS/ EFECTOS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE / ZONA DE RIESGO	CONTROLES		PARAMETROS					CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL / ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO DEL RIESGO: - EVITAR - REDUCIR - COMPARTIR - TRANSFERIR - ASUMIR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	FECHA CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir relación en solo indicador asociado al objetivo del proceso)									
						INTERNAS						PREVENTIVOS CORRECTIVOS DETECTIVOS	Herramientas para ejercer el control	Seguimiento al control	1	2	3	4									5								
						INTERNAS	EXTERNAS																												
73	PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	Servicio al ciudadano	Daño físico o afectación de salud de los usuarios de la ruta de la salud, secundario a accidentes de los vehículos de traslado	Tecnología	Seguridad del usuario	"Inadecuado mantenimiento técnico a los vehículos de ruta de la salud" "Falta de seguimiento y control técnico a los vehículos." "Accidente por incompetencia del conductor" "horas prolongadas de servicio de conducción que pueden generar cansancio por parte de los conductores de la ruta"	Imprudencia de conductor de otro vehículo Mal estado de vías. Imprudencia del Usuario	"Lesión o muerte en accidentes presentados durante los traslados o en las instituciones con usuarios del programa." "Riesgos de salud ocupacional en el personal"	4	Probable	4	MAYOR	16 Extrema											4	Probable	4	MAYOR Extrema	16 Extrema	ASUMIR REDUCIR	1. Realizar capacitaciones al equipo de ruta de la salud 2. Revisar la documentación de los conductores asignados para la ruta de la salud como de los papeles de los vehículos 3. Implementar estrategias de ajuste de horas de servicio 4. Supervisar el cumplimiento del estado óptimo de los vehículos	Permanente	Cantidad de usuarios con afectación de salud durante el traslado en ruta de la salud (numero de usuarios con afectación o daños de su salud durante el traslado en la ruta de la salud/ total de usuarios de usuarios trasladados en la ruta de salud)			
74	PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	Participación social	Falta de participación de los usuarios en los diferentes escenarios de las formas de participación social.	PERSONAS	IMAGEN	Procedimiento de participación comunitaria desactualizado Falta y/o deficiencias en el acompañamiento a la comunidad en la ejecución de los planes de las comisiones a las Formas de Participación Social	Estado de salud de los miembros de las formas Dificultad económica de los participantes	Incumplimiento de la normatividad en participación comunitaria transparencia y control del ejercicio de lo público "No hay representación de los líderes de las formas en el proceso de vigilancia y control para la entidad" "Pérdida de la imagen Institucional"	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta											3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	ASUMIR	1. Actualizar los lineamientos internos sobre participación comunitaria, avanzando en la socialización a partes interesadas 2. Incentivar la participación de los usuarios a conformar la Asociación de Usuarios. 3. Realizar la asamblea según cronograma establecido. 4. Realizar verificación de continuidad a los integrantes de las formas de participación	1. Enero de 2018 2. Trimestral 3. según cronograma 4. Mensual	Permanencia de la participación de usuarios en formas de participación (Numero de usuarios que permanecen en las formas de participación en el periodo / numero de usuarios que integran las formas de participación en el periodo anterior) trimestral			
75	COMUNICACIONES	Comunicación interna	Incumplimiento del plan estratégico de comunicaciones institucional (PECO)	Procesos	Legal	Insuficiencia de colaboradores en el proceso de comunicaciones que pueda afectar el desarrollo del PECO Falta de estandarización del PECO a nivel de SUBRED Falta de herramientas tecnológicas para desarrollar el PECO Falta de continuidad y seguimiento al PECO	. Distancia y cantidad de sedes . La cultura de poca lectura de nuestras comunidades . Las zonas de difícil acceso a la tecnología	. No se cuenta con un plan efectivo de trabajo . No se logra desplegar información que resulta fundamental para el cliente interno y el cliente externo . No lograr que nos reconozcan como Subred . Pérdida del sentido de pertenencia y afectación en la cultura organizacional . Bajo impacto en la ejecución de convocatoria a eventos o jornadas . No promocionar acciones en educación en salud . Afectación en los flujos de comunicación de la institución (Descendente, Ascendente, Horizontal y Grupal) . Desconocimiento del modelo de salud distrital	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	1	Para ver	1	INIFIC	1 Baja	EVITAR	1. Actualizar el PECO institucional teniendo en cuenta las necesidades institucionales 2. Documentar los lineamientos asociados para el desarrollo del PECO 3. Socializar la Política y Manual de comunicación priorizando USS Rurales y avanzando gradualmente en las demás unidades 4. Evaluar el cumplimiento de PECO e implementar correctivos a lugar según resultados	1. Enero 2018 2. Marzo 2018 3. A partir de marzo según programación 4. Continuo 5. Mensualmente	Cumplimiento del PECO institucional (actividades programadas y cumplidas del PECO / total de actividades del PECO) (SEMESTRAL)
76	COMUNICACIONES	Comunicación interna	Afectación negativa de la imagen institucional	Procesos	Legal	Desinformación por parte de los colaboradores frente a la gestión institucional Desconocimiento del contexto general de las situaciones presentadas en la institución Desconocimiento del Manual de crisis institucional Manejo inadecuado de medios de comunicación	noticias negativas de medios de comunicación	quejas pérdida de confianza institucional por parte de la ciudadanía investigaciones pérdida de sentido de pertenencia	2	Improbable	4	MAYOR	8 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	0	#NA	2	#NA	#NA	EVITAR	1. Actualizar el Manual de comunicación organizacional con énfasis en el capítulo de "crisis reputacional" 2. Fortalecer la socialización de los medios de comunicación interna a los colaboradores 3. Socializar los lineamientos para el manejo de potenciales situaciones de crisis 4. Evaluar la percepción de imagen institucional	SEGÚN PROGRAMACION	Resultados de la encuesta de comunicaciones (ANUAL)	
77	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD, PLANEACION DEL CUIDADO EN SALUD, EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CIUDADANO	Gestión del cuidado integral en servicios complementarios (apoyo diagnóstico, terapéutico y alternativas de solución)	Inoportunidad en la entrega de insumos o medicamentos que puedan afectar el desarrollo institucional o prestación de servicios de salud del usuario (Unidades de servicios RURALES y Urbanas)	Procesos	Operativos	falta de disponibilidad de los insumos y/o medicamentos; demoras en la entrega de pedidos asociado a transporte pago inoportuno a proveedores fallas en la inclusión de insumos y/o medicamentos en el plan anual de adquisiciones (plan de compras) desconocimiento de los procedimientos asociados a gestión de insumos y/o medicamentos	condiciones ambientales (clima, vías cerradas)	Sucesos de seguridad desmejoramiento de la condición clínica del paciente sanciones demandas hallazgos de auditorías internas o externas	2	Improbable	4	MAYOR	8 Alta	Correctivo	SI	SI	SI	SI	NO	15	15	30	15	0	75	1	Para ver	3	MODERADO	3 Moderada	REDUCIR	1. Socializar los procedimientos o documentos asociados a la solicitud y dispensación de insumos o medicamentos a las USS 2. Implementar estrategias de control para evitar la inoportunidad o insuficiencia de insumos o medicamentos 3. Evaluar el indicador de inoportunidad de entrega de medicamentos o insumos en las USS incluida zona rural	1. según programación 2. trimestral 3. mensual	% Oportunidad en la entrega de medicamentos a usuarios (formulias entregadas)	

IDENTIFICACIÓN										ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO															PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO								
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	CAUSAS		CONSECUENCIAS/ EFECTOS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE / ZONA DE RIESGO	CONTROLES		PARAMETROS					CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL / ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO DEL RIESGO: - EVITAR - REDUCIR - COMPARTIR - TRANSFERIR - ASUMIR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	FECHA CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir relacione un solo indicador asociado al objetivo del proceso)							
						INTERNAS						PREVENTIVOS CORRECTIVOS DETECTIVOS	Herramientas para ejercer el control	Seguimiento al Control	1	2	3	4									5						
						INTERNAS	EXTERNAS																										
78	MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	Gestión clínica excelente y segura	Fuga de pacientes hospitalizados en Centro de Desarrollo de potencial humano (Ecoterapia-Nazareth) (materializado en mayo)	Infraestructura	Seguridad del usuario	falta de barreras de seguridad físicas eficientes falta de adherencia de los usuarios a su tratamiento (hospitalización) o programa (ecoterapia) debiles controles para evitar fuga de pacientes en zona rural		2	Improbable	4	MAYOR	8 Alta	Correctivo	SI	SI	SI	SI	NO	15	15	30	15	0	75	1	rara vez	3	MODERADO	3 Baja	REDUCIR	1. Socializar el protocolo de fuga de pacientes a colaboradores involucrados en la atención de usuarios de Ecoterapia 2. Implementar herramientas que fortalezcan el control y prevención de fugas de pacientes de Ecoterapia 3. Monitorear los EA de paciente de USS Rurales relacionados con fuga de pacientes e implementar acciones de mejoramiento a lugar	1. Semestralmente 2. Semestral 3. Mensual	Total de EA relacionados con fuga de pacientes en zona rural
79	DESARROLLO INSTITUCIONAL	Humanización	Afectación del clima laboral por agresión entre clientes internos y/o externos en USS RURALES Y USS URBANAS	Personas	Operativos	Comunicación no asertiva Desactualización del programa de Humanización (no incluye lineamientos para USS Rural Falta de continuidad en medición de clima laboral que incluya USS Rurales que permita comparar tendencias Baja articulación entre humanización, servicio al ciudadano y talento humano para el manejo de conflictos entre cliente interno y externo		3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	Correctivo	SI	SI	SI	SI	NO	15	15	30	15	0	75	2	probable	2	MODERADO	4 Baja	REDUCIR	1. Actualizar el programa de Humanización con inclusión de lineamientos para zona RURAL 2. Socializar el programa de Humanización a colaboradores de zona Rural 3. Fortalecer el abordaje multidisciplinario por las dependencias involucradas frente a problemáticas de clima laboral y/o agresión entre cliente interno y externo 4. Evaluar la percepción de satisfacción de cliente interno y externo	1. Segundo trimestre de 2018 2. A partir de mayo de 2018 3. Según necesidades y casos presentados 4. semestral	Resultados de encuesta de satisfacción interna y externa
80	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD. PLANEACION DEL CUIDADO EN SALUD. EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión integral del riesgo en salud (promoción y prevención individual y colectiva)	No visibilización de las acciones e impacto de resultados de la Gestión de USS Rurales	Procesos	Imagen	Carencia de lineamientos distritales en sector salud frente a posicionamiento de líneas de acción en zona Rural Debiles espacios de consolidación y análisis de resultados de acciones en ruralidad Estrategias de comunicación generales a nivel institucional sin especificidad a ruralidad No designación de un perfil profesional específico para la operación de la Política de ruralidad		3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	Correctivo	SI	SI	SI	SI	NO	15	15	30	15	0	75	2	probable	2	MODERADO	4 Baja	EVITAR	1. Fortalecer el equipo de posicionamiento de Política de Ruralidad en el marco del componente de Gobernanza 2. Socializar los lineamientos distritales de Ruralidad en los diferentes espacios de participación tanto comunitaria como sectorial 3. Implementar la mesa de ruralidad para operativizar resultados de aplicación de Política de Ruralidad 4. Implementar estrategia de comunicación específica para ruralidad orientada a difundir resultados alcanzados en este sector	1. Mayo de 2018 2. Junio de 2018 3. Agosto de 2018 4. Abril de 2018	Estrategia de comunicación de ruralidad implementada que visible resultados alcanzados (SEGUNDO TRIMESTRE)

IDENTIFICACIÓN										ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO															PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO								
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	CAUSAS		CONSECUENCIAS/ EFECTOS	PROBABILIDAD	IMPACTO		RIESGO INHERENTE / ZONA DE RIESGO	CONTROLE NATURAL DE LOS RIESGOS		PARAMETROS					CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL / ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO DEL RIESGO: - EVITAR - REDUCIR - COMPARTIR - TRANSFERIR - ASUMIR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	FECHA CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir relación un solo indicador asociado al objetivo del proceso)						
						INTERNAS	EXTERNAS			PREVENTIVOS CORRECTIVOS DETECTIVOS	PREVENTIVOS		Herramientas para ejercer el control		Seguimiento al control			1	2									3	4	5			
						INTERNAS	EXTERNAS			PREVENTIVOS CORRECTIVOS DETECTIVOS	PREVENTIVOS		Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta	En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva	Están definidos los responsables de la ejecución del control y seguimiento	La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuada	1	2	3									4	5				
81	GESTION DEL TALENTO HUMANO	Permanencia laboral	Afectación de salud de colaboradores de ZONA RURAL por causas inherentes al territorio y/o fallas de autocuidado	Procesos	Seguridad y Salud en el Trabajo	Falta de adherencia al uso de EPP en el marco de acciones extramurales en USS rurales Desconocimiento de los alcances a las intervenciones en el domicilio de visitas domiciliarias en USS Rurales Fallas en la identificación de riesgos por parte del equipo de salud de USS rurales	Condiciones ambientales propias del territorio: Agua no potable en el territorio, estructura del suelo, condiciones climáticas y topográficas Actividades económicas desarrolladas por las familias de zona rural que requieren de agentes químicos para la fumigación	Accidentes de trabajo Incidentes Incapacidades Ausentismo	2	Improbable	3	MODERADO	6 Moderada	CORRECTIVO	SI	SI	SI	SI	SI	15	15	30	15	25	100	0	#N/A	1	#N/A	REDUCIR	1. Socializar los alcances de las intervenciones extramurales en las USS Rurales 2. Implementar el programa de seguridad y salud en el trabajo en zona Rural 3. Monitorear los indicadores de SST en las USS Rurales	1.Abril de 2018 y Julio 2018 2. Según Plan 3. Trimestral	% accidentes laborales en USS rurales
82	MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	Gestión clínica excelente y segura	Lesión o muerte del usuario por la no adherencia a los procedimientos y guías de práctica clínica (ZONA RURAL Y URBANA)	Personas	Clinicos	Desconocimiento de los procedimientos y guías de atención institucionales Falta de comunicación durante el traslado de pacientes distancias prolongadas entre la vivienda del usuario, el centro de atención y el hospital de referencia Baja adherencia a procedimientos y/o guías de atención clínica	Paciente con enfermedad crónica sin control Complicaciones de la patología del usuario	Implicaciones legales deserción de los usuarios a los servicios de salud Defunciones y complicaciones ocurridas durante el transporte y atención domiciliaria o prehospitalaria de usuarios	2	Improbable	4	MAYOR	8 Alta	Preventivo	SI	SI	SI	SI	NO	15	15	30	15	0	75	1	rara vez	3	MODERADO	EVITAR	1. Socializar los procedimientos y/o guías de práctica clínica con énfasis en las unidades críticas (UCI, CIRUGIA Y URGENCIAS) 2. Evaluar la adherencia GPC según programación PAMEC	1. SEMESTRAL 2. SEGUN PAMEC	ADHERENCIA A GPC evaluadas
83	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD. PLANEACION DEL CUIDADO	Gestión del cuidado integral en servicios complementarios (apoyo diagnóstico, terapéutico y alternativas especiales)	Inoportunidad en la toma de muestra, envío y/o entrega de resultados (ZONA RURAL Y URBANA)	Tecnología	Operativos	Zona rural: Equipos de laboratorio incompletos para funcionamiento del laboratorio y/o insumos para todos los exámenes que se requieren. Falta de insumos Daño de equipos biomédicos del laboratorio Daño de sistemas de información	Corte de servicios públicos	Eventos adversos por fallas en tratamiento Demoras en diagnóstico Quejas de usuarios Pérdida de imagen institucional	2	Improbable	5	CATASTRÓFICO	10 Extrema	Correctivo	SI	SI	SI	SI	NO	15	15	30	15	0	75	1	rara vez	4	MAYOR	REDUCIR	1. Definir e implementar plan de contingencia con laboratorio externo (colcam opera desde febrero 2018) 2. Realizar traslado de muestras a otra unidad que pueda procesar ese tipo de examen (USS TUNAL Y USS MEISEN) 3. Activar PLAN DE contingencia manual ante fallas del sistema de información	mensual	% oportunidad en la entrega de resultados (semestral)
84	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD. PLANEACION DEL CUIDADO	Gestión integral del riesgo en salud (promoción y prevención individual y colectiva)	Baja cultura de Reporte de eventos en salud pública y/o sanitarios.	Procesos	Poblacionales	falta de conocimiento de los protocolos de eventos en salud pública desconocimiento del proceso de notificación de eventos en salud pública	Fallas de conectividad	Eventos adversos subregistro para el análisis de las condiciones de calidad en salud de la población. Demoras en la atención	2	Improbable	3	MODERADO	6 Moderada	Correctivo	SI	SI	SI	SI	NO	15	15	30	15	0	75	1	rara vez	2	BAJO	EVITAR	1. Socializar los protocolos del Instituto Nacional en Salud para eventos en Salud Pública 2. Realizar seguimiento a la notificación obligatoria a través de la búsqueda activa institucional	1. Mayo 2018 2. Mensual	% de eventos de interés en Salud pública (EISP) notificados oportunamente en USS Rurales
85	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD. PLANEACION DEL CUIDADO EN SALUD. EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión del cuidado integral en Ambulatorio	Incumplimiento en la asignación de citas ambulatorias asociadas a fallas del sistema	Procesos	Operativos	Falla en el sistema operativo Desconocimiento del procedimiento de facturación de servicios ambulatorios con énfasis en asignación de citas ambulatorias No disponibilidad de agendas	Robo de cableado telefónico	Incumplimiento de estándares de oportunidad de asignación de citas Quejas Reclamos Disminución en la producción ambulatoria	1	Rara vez	3	MODERADO	3 Moderada	Preventivo	SI	SI	SI	SI	SI	15	30	15	25	85	-1	#N/A	1	#N/A	EVITAR	1. Capacitar en procedimiento de facturación de servicios ambulatorios con énfasis en asignación de citas a los operadores de asignación de citas 2. Realizar mantenimiento al sistema de agendación de citas 3. Implementar estrategias internas para cumplir con la asignación de citas ambulatorias solicitadas por los usuarios	1. Bimensual 2. Continuo	Quejas de incumplimiento en asignación de citas ambulatorias por fallas del sistema (CONSOLIDADO ANUAL)	

IDENTIFICACIÓN										ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO												PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO								
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	CAUSAS		CONSECUENCIAS/ EFECTOS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE / ZONA DE RIESGO	CONTROLE NATURAL DE LOS RIESGOS		PARAMETROS					CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO RESIDUAL / ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO DEL RIESGO: - EVITAR - REDUCIR - COMPARTIR - TRANSFERIR - ASUMIR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	FECHA CUMPLIMIENTO DE LA ACCION	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir relacione un solo indicador asociado al objetivo del proceso)				
						INTERNAS	EXTERNAS					PREVENTIVOS CORRECTIVOS DETECTIVOS	Herramientas para ejercer el control	Seguimiento al control	1	2	3	4									5			
						INTERNAS	EXTERNAS						Existen manuales instructivos o procedimientos para el manejo de la herramienta	En el tiempo que lleva la herramienta ha demostrado ser efectiva	Están definidos los responsables de la ejecución del control y seguimiento	La frecuencia de la ejecución del control y seguimiento es adecuada														
86	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD, PLANEACION DEL CUIDADO	Gestión del cuidado integral en Ambulatorio	Violencia sexual a menores de edad en consulta externa asociado a causas internas	Personas	Operativos	Espacios físicos reducidos y compartidos con otras áreas Condiciones de salud o situaciones particulares de los paciente Se dejan al cuidado de terceros no conocidos Debiles controles de seguridad de menores de edad en consulta externa		Evento adverso Daño irreparable a la victima Sanciones Demandas Perdida de imagen institucional	1	Rara vez	Impacto	#N/A	Preventivo											#N/A	EVITAR	1. Definir y socializar los controles para el equipo de seguridad y vigilancia ante pacientes menores de 5 años 2. Implementar estrategias internas para el control de menores de edad en el servicio ambulatorio	1. primer semestre 2. Continuo	Estrategias implementadas para control de menores de 5 años		
87	DIAGNOSTICO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD, PLANEACION DEL CUIDADO EN SALUD, EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión del cuidado integral en Ambulatorio	Carencia de sistemas de alerta para identificación de riesgos del paciente en la fase de ingreso y salida del paciente durante la prestación del servicio	Procesos	Seguridad de la Información	Historia clinica sin campos de alerta para identificación de riesgos del paciente Bajo conocimiento de los campos de alerta de la Historia clinica para identificación de riesgos por equipo asistencial Debil supervision frente a diligenciamiento adecuado		Eventos adversos Hallazgos internos y/o externos	2	Improbable	3	MODERADO	6 Moderada	Preventivo	SI	SI	SI	SI	NO							#N/A	REDUCIR	1. Implementar campo de alerta en la HC para consignar los riesgos identificados del paciente 2. Socializar los ajustes de campos de HC relacionados a identificación de riesgos al equipo de salud 3. Evaluar adherencia de alerta para identificación de reconciliación medicamentosa, como línea de base institucional en unidades priorizadas con implementación de correctivos a lugar	1. Febrero 2018 2. Continua según programación 3. Según programación	Resultado adherencia reconciliación medicamentosa (semestral): LINEA DE BASE
88	GESTION ADMINISTRATIVA	Tecnología Biomedica	Daño de equipo secundario a su traslado en ruralidad por condiciones inadecuadas y/o inherentes a la institución	Externo	Tecnología	Inexistencia de protocolo para el traslado de equipos biomédicos en zona rural Falta de capacitación del personal asistencial para el adecuado traslado de equipos médicos	Caminos destapados tipo trocha Distancias prolongadas Humedad relativa de la zona muy alta Áreas de difícil accesibilidad en vehículo automotor	Daño irreparable de equipo médico Diagnostico y/o tratamientos erroneos Sobrecostos de operación	4	Probable	3	MODERADO	12 Alta	Preventivo	NO	NO	NO	NO	NO	4 Baja	REDUCIR				#N/A	EVITAR	1. Documentar el manual de tecnología que incluya el protocolo de traslado de equipos en Zona Rural, gestionando trámite de normalización 2. Socializar el Manual de tecnología a colaboradores de ruralidad que intervienen en traslado de equipos	1. Agosto 2018 2. Septiembre 2018	Seguimiento al reporte y mantenimiento de equipos médicos (total de reporte de daños de equipos por traslado a zona rural / total de reportes de equipos) (semestral)	
89	GESTION ADMINISTRATIVA	Tecnología Biomedica	Inoportunidad en la respuesta ante reporte de fallas de tecnología en USS Rurales asociado a condiciones geográficas	Externo	Tecnología	El Tiempo de vida útil registrado por el proveedor del equipo difiere con el tiempo de vida útil "Real" en zona rural, por las condiciones de humedad	Caminos destapados tipo trocha Derrumbes en las vías principales de acceso	Inoportunidad en la prestación de servicios Quejas No atención de usuarios	4	Probable	4	MAYOR	16 Extrema	Correctivo	NO	NO	NO	NO	NO	#N/A	EVITAR				#N/A	REDUCIR	1. Documentar en el Manual de Tecnología el Índice de obsolescencia de equipos donde se deben reflejar las condiciones particulares de la ruralidad		numero de equipos fuera de servicio en USS rurales por tiempo prolongado	
90	GESTION ADMINISTRATIVA	Tecnología Biomedica	Deterioro de la tecnología por condiciones ambientales extremas en USS Rurales	Externo	Tecnología	Inexistencia de elementos adecuados para almacenamiento de equipos biomédicos Falta de capacitación del personal asistencial para el adecuado almacenamiento de equipos médicos	Humedad relativa de la zona muy alta	Daño irreparable de equipo médico Diagnostico y/o tratamientos erroneos Sobrecostos de operación	4	Probable	3	MODERADO	12 Alta	PREventivo	NO	NO	NO	NO	NO	4 Baja	REDUCIR				#N/A	EVITAR	1. Documentar en el Manual de Tecnología el Índice de obsolescencia de equipos donde se deben reflejar las condiciones particulares de la ruralidad 2. Instalar los equipos de medición de humedad, en áreas críticas para el almacenamiento de equipos biomédicos 3. Capacitar al personal asistencial sobre el manejo de termo higrómetros y almacenamiento de equipos médicos	1. Agosto 2018 2. Junio y Julio de 2018 3. Junio y Julio de 2018	Índice de obsolescencia de tecnología	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Sur Occidente E.S.E.

FASES DE SEGUIMIENTO												
PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL Responsable de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles dentro de su proceso.					SEGUNDO ORDEN: SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL Responsable de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el				TERCER ORDEN: CONTROL INTERNO: Responsable de la evaluación Independiente del componente Administración de Riesgos FRECUENCIA ANUAL			
SEGUNDO TRIMESTRE DE AUTOCONTROL					EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE							
DESCRIPCION DE AVANCES DE MITIGACION	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS-SEGUIMIENTO	RECOMENDACIÓN - OCI	
En segundo trimestre de 2018 se mantiene la socialización de los lineamientos de gestión de tecnología en las ULC con visitas a las 42 unidades de prestación servicio. Se mantiene el cumplimiento del desarrollo de las actividades programadas en el Plan de mantenimiento hospitalario para este trimestre. Opero el plan de contingencia de gestión de tecnología según necesidades reportadas tales como corte eléctrico, disponibilidad de equipo biomédico entre otras	82.6% Preventivo 96% correctivo	SI	TUNAL	se instalo UPS para el equipo	05/07/2018	82.6% Preventivo 96% correctivo	SI	Se confirma información reportada por autocontrol con soportes. A primer semestre se ha materializado dos veces este RIESGO en USS Meissen y Tunal, con implementación de barreras de seguridad asociadas a instalación UPS para el equipo.	28/08/2018	Se observa la materialización del riesgo, sin embargo, se mantiene el cumplimiento del desarrollo de las actividades programadas en el Plan de mantenimiento hospitalario para el periodo de seguimiento evidenciado con el cumplimiento del indicador trazado.	Realizar análisis y evaluación de los controles establecidos, observando si son eficaces, efectivos y se están aplicando, para minimizar el riesgo. Continuar con el desarrollo de las actividades programadas en el Plan de Mantenimiento Institucional. Se recomienda implementar el programa de tecnovigilancia, como línea de intervención de seguridad del paciente.	
Durante el segundo trimestre se ejecutaron el 100% de las rondas programadas (126/126), donde se realizó verificación del funcionamiento de los equipos y capacitación en manejo	NA	SI	NO	NO APLICA	05/07/2018	NA	SI	RIESGO MATERIALIZADO con los equipos de control de temperatura y humedad relativa, en Medicina interna en Carmen y Tunal. Como barreras de seguridad implementadas se realizó el cambio de los equipos y se dio capacitación al personal. Situación inherente al equipo (normal)	28/08/2018	Seguimiento al cumplimiento de las acciones programadas en el Plan, se evidencia materialización del riesgo, el proceso ejecuto los controles previstos para la mitigación y evaluó la probabilidad de ocurrencia tomando correctivos.	Realizar análisis y evaluación de los controles si se están aplicando y si han sido efectivos para minimizar el riesgo; ajustarlos y/o redefinirlos, si amerita. continuar con la ejecución de la programación del plan. Se sugiere formular el riesgo, teniendo en cuenta la clasificación establecida en la norma Decreto 4125/05	
1. Se mantuvo la socialización del plan de mantenimiento a la Dirección de servicios ambulatorios, profesionales de enlace y líderes de área 2. A nivel de estrategias se avanzó en la elaboración de guías de manejo rápido de los equipos faltantes 3. Se mantiene el monitoreo del plan de mantenimiento preventivo	82.6% Preventivo 96% correctivo	NO	NO	NO APLICA	05/07/2018	82.6% Preventivo 96% correctivo	SI	Se confirma desarrollo de acciones reportadas por autocontrol, con soportes de su cumplimiento bajo su custodia	28/08/2018	En el periodo de seguimiento, se evidencia la materialización del riesgo, sin embargo, el proceso gestiono el cumplimiento de las acciones programadas.	Realizar análisis y evaluación de los controles si se están aplicando y si han sido efectivos para minimizar el riesgo, continuar con el desarrollo de las actividades programadas en el Plan.	
Durante el segundo trimestre se realizó la actualización del inventario de equipo biomédico en las 42 unidades de prestación de servicios, se realiza el cruce de información con inventario de activos fijos determinando que la información actualizada es consistente con la identificada por ingeniería biomédica; se realizó la respuesta técnica de 215 equipos biomédicos adquiridos por medio de convenios docencia asistencia, de 395 solicitados por medio de estos convenios, se incluyeron dentro del contrato de arrendamiento de equipo biomédico 13 equipos identificados como faltantes de acuerdo a autoevaluación de habilitación en las unidades de Meissen y Tunal	10,44912924	SI	TODAS	FALTAN Basculas pesas bebes, Basculas de piso, tensiometros y equipos de organos entre otros. Estos equipos estan incluidos dentro del convenio de control NO especial, mientras llegan estos equipos se ha efectuado reubicacion de equipos, por Convenio docencia llegaron 7 equipos de organos y 25 tensiometros y 14 fondendoscopio y 6 succionadores y un otobemisor	05/07/2018	10,44912924	SI	Riesgo materializado. Según resultado de autoevaluación de habilitación 2017, se detectaron faltantes de dotación de equipos biomédicos en las Unidades asistenciales de la subred. Como barrera de seguridad se incluyeron estos equipos faltantes en el contrato de arriendo de equipos biomédicos	28/08/2018	Materialización del riesgo, según el autocontrol faltan equipos para la prestación de los servicios de salud.	Se sugiere adelantar proceso de reposición por adquisición y/o arriendo de equipos para reemplazar dañados y/o faltantes. Teniendo en cuenta que la Resolución de habilitación 2003/14 es de obligatorio cumplimiento, se sugiere ajustar las actividades propuestas	

FASES DE SEGUIMIENTO												
PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL Responsable de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles dentro de su proceso.					SEGUNDO ORDEN: SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL Responsable de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el				TERCER ORDEN: CONTROL INTERNO: Responsable de la evaluación Independiente del componente Administración de Riesgos FRECUENCIA ANUAL			
SEGUNDO TRIMESTRE DE AUTOCONTROL					EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE							
DESCRIPCION DE AVANCES DE MITIGACION	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS-SEGUIMIENTO	RECOMENDACIÓN - OCI	
Durante el segundo trimestre de 2018, se avanzó en la actualización del PGRHS con fortalecimiento de controles, en proceso tramite de normalización de Calidad. Se fortalecieron los canales de comunicación con los gestores externos. Se mantuvo el desarrollo de reuniones con Ecocapital y Asociación de recicladores. Se realizó auditoria interna ambiental y auditoria de servicios generales socializada en concurrente, en proceso diseño plan de mejoramiento		NO	NA	NA	05/07/2018	80%	SI	Se confirma información registrada por el autocontrol, los soportes reposan en su custodia de Gestión ambiental. Riesgo materializado a primer trimestre, sin embargo con acciones de control implementadas a segundo semestre no se materializa.	28/08/2018	hay materialización del riesgo, se observa el cumplimiento parcial, avances de las acciones programadas, situación que impacta en los servicios generando consecuencias de riesgo.	Realizar análisis y evaluación de los controles si se están aplicando y si han sido efectivos para minimizar el riesgo, continuar con el desarrollo de las actividades a implementar en este mapa de riesgos, siendo acuciosos en la gestión. Se debe realizar seguimiento y control al proveedor del servicio a través del supervisor del contrato	
Durante el segundo trimestre de 2018 se abrió la convocatoria para que Laboratorios Certificados entraran a cotizar la caracterización y análisis de vertimientos y emisiones, iniciando el proceso para las emisiones generadas por las calderas	NA	NO	NA	NA	05/07/2018	NA	NO	Se mantiene el desarrollo de acciones programadas en el PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS, relacionadas a controles para evitar afectaciones de condiciones ambientales derivadas de vertimientos contaminantes y/o emisiones atmosféricas. Se mantiene el desarrollo de estrategias para la promoción de generación de cultura de protección ambiental. RIESGO NO MATERIALIZADO, producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	Se observa el cumplimiento de acciones programadas coherente con la complejidad del riesgo.	Continuar con el desarrollo de las actividades programadas.	
Durante el segundo trimestre de 2018 se ejecutaron las auditorías internas de gestión ambiental para el control y retroalimentación de los colaboradores en segregación en la Fuente de Residuos	NA	NO	NA	NA	05/07/2018	NA	NO	Se avanza con las acciones programadas. Se realizaron auditorías internas de gestión ambiental para el control con retroalimentación de los colaboradores en Segregación en la Fuente de Residuos según unidades verificadas. RIESGO NO MATERIALIZADO, producto de efectividad de los controles implementados	28/08/2018	Se evidencia el seguimiento al cumplimiento del indicador	Continuar con el desarrollo de las actividades registradas e implementadas en este mapa de riesgos, dando cumplimiento al total de las acciones.	
Durante el segundo trimestre de 2018 se ejecutaron en su totalidad las actividades del cronograma de la implementación del PIGA	NA	NO	NA	NA	05/07/2018	NA	NO	Se avanza en el cumplimiento de acciones programadas en el PIGA, no obstante se reitera necesidad de retroalimentar resultados de PIGA por cada componente. RIESGO NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	Se evidencia el seguimiento al cumplimiento de lo programado, no hay materialización del riesgo en el periodo de seguimiento.	Dar continuidad con el cumplimiento de las acciones programadas en el plan.	

FASES DE SEGUIMIENTO												
PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL Responsable de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles dentro de su proceso.					SEGUNDO ORDEN: SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL Responsable de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el				TERCER ORDEN: CONTROL INTERNO: Responsable de la evaluación Independiente del componente Administración de Riesgos FRECUENCIA ANUAL			
SEGUNDO TRIMESTRE DE AUTOCONTROL					EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE							
DESCRIPCION DE AVANCES DE MITIGACION	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS-SEGUIMIENTO	RECOMENDACIÓN - OCI	
Durante segundo trimestre 2018 se mantuvo la socialización en lineamientos de riesgos incluidos los de LAFT. Se cumplió con el reporte a UIAF y se participó en la evaluación SARLAFT de la Negociación conjunta 03/2018 de medico quirúrgicos. Se presentó informe de gestión SARLAFT ante Junta Directiva	100	NO	NA	NA	05/07/2018	100	NO	Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol en segundo trimestre, según verificación de soportes. Se cumple con la transmisión del reporte de Operaciones sospechas en UIAF mensualmente. RIESGO NO MATERIALIZADO, producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	Se observa cumplimiento a lo establecido en el avance de mitigación del riesgo	Continuar con el acatamiento de las acciones establecidas, dando cumplimiento en el reporte de información establecido por norma.	
Se cumplió con la transmisión exitosa de Reporte de Operaciones sospechas mensualmente. Se presentó informe de gestión de SARLAFT ante Junta Directiva	100%	NO	NA	NA	05/07/2018	100%	NO	Se valida y confirma la información registrada por el autocontrol, según verificación de soportes. RIESGO NO MATERIALIZADO, producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	En el periodo de seguimiento se evidencia el cumplimiento de lo programado en el plan.	Continuar con el cumplimiento de las acciones programadas e implementadas.	
En segundo trimestre de 2018, se mantiene en ejecución el desarrollo del PAAC, en proceso seguimiento consolidado de avance por cada estrategia	98%	NO	NA	NA	05/07/2018	98%	NO	Se confirma información registrada por el autocontrol. Los soportes reposan en Servicio al ciudadano y sistemas de información respectivamente, producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	En el periodo de seguimiento se evidencia el cumplimiento de lo establecido en el plan.	Continuar con el acatamiento de las acciones establecidas, dando cumplimiento en el reporte de información determinado por la norma.	
Se mantiene el seguimiento a las metas y/o indicadores definidos en la armonización del POA del plan de desarrollo institucional. Los resultados alcanzados se retroalimentan en la Junta Directiva, Comité Directivo y demás espacios según programación establecida	90%	NO	NA	NA	05/07/2018	90%	NO	se confirma información registrada por autocontrol con fortalecimiento de socialización del PDI y POA en el marco de ULC y visitas a USS, incluida zona rural. Riesgos NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	Se observa cumplimiento de las acciones programadas en el plan, no hay evidencia de la materialización del riesgo.	Monitorear los resultados esperados y comunicarlos en los espacios programados para su divulgación y apropiación.	
En segundo trimestre de 2018, se mantiene en ejecución el desarrollo del PAAC, en proceso seguimiento consolidado de avance por cada estrategia	98%	NO	NA	NA	05/07/2018	98%	NO	Se confirma información registrada por el autocontrol. Los soportes reposan en Servicio al ciudadano y sistemas de información respectivamente. Riesgos NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	No se observan evidencia de materialización del riesgo, presenta cumplimiento de las acciones programadas en el PAAC.	Continúa aplicando los procedimientos o lineamientos establecidos por la entidad para la contratación, realizar la evaluación de lineamientos de contratación a supervisores en pretest y postest e implementar acciones de mejoramiento a lugar según resultados obtenidos. Mantener al día publicación en Secop de la contratación a realizar	
En segundo trimestre de 2018, se mantiene en ejecución el desarrollo del PAAC, en proceso seguimiento consolidado de avance por cada estrategia	98%	NO	NA	NA	05/07/2018	98%	NO	Se confirma información registrada por el autocontrol. Los soportes reposan en Servicio al ciudadano y sistemas de información respectivamente. Riesgos NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	No se observan denuncias contra servidores en donde se acepte beneficios, a nombre propio o de un tercero.	Monitorear resultados de informes sobre el tema y/o canales de denuncia, previniendo la materialización del riesgo. Se sugiere fortalecer procesos de reclutamiento	

FASES DE SEGUIMIENTO												
PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL Responsable de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles dentro de su proceso.					SEGUNDO ORDEN: SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL Responsable de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el				TERCER ORDEN: CONTROL INTERNO: Responsable de la evaluación Independiente del componente Administración de Riesgos FRECUENCIA ANUAL			
SEGUNDO TRIMESTRE DE AUTOCONTROL					EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE							
DESCRIPCION DE AVANCES DE MITIGACION	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS-SEGUIMIENTO	RECOMENDACIÓN - OCI	
En segundo trimestre de 2018, se mantiene en ejecución el desarrollo del PAAC, en proceso seguimiento consolidado de avance por cada estrategia	98%	NO	NA	NA	05/07/2018	98%	NO	Se confirma información registrada por el autocontrol. Los soportes reposan en Servicio al ciudadano y sistemas de información respectivamente Riesgos NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	En el periodo de seguimiento, no se observan evidencia de materialización del riesgo, ni denuncias contra servidores en donde se acepte beneficios, a nombre propio o de un tercero.	Monitorear la ejecución del PAAC acorde a los procedimientos establecidos, siendo asertivos con los controles evitando la materialización del riesgo.	
Se continua avance en la actualización y ajuste de procedimientos de gestión financiera, y se cumple con la operación de comités financieros según frecuencias establecidas	NA (MEDICION ANUAL)	NO	NO APLICA	NO APLICA	15/07/2018	(MEDICION ANUAL)	NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soportes que reposan en Gestión financiera. Riesgos NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	Se evidencia la materialización del riesgo en el mes de agosto 2018, fraude cibernético, denuncia pública por jaqueo de cuenta bancaria de la Entidad.	Desarrollar los protocolos de seguridad para la Tesorería de la Entidad, adoptando las normas establecidas por la SHD, de tal forma que minimice la probabilidad de fraude por cualquier medio.	
Se mantiene el registro del FUID con del inventario del archivo central, se mantiene en operación la bodega del centro empresarial Villa Alsacia para el acopio documental del archivo central de la entidad con contrato vigente, Se mantiene el desarrollo del programa de transferencia de la entidad en conformidad con el procedimiento, el cual se versiono incluyendo el cronograma a 2019	95%	NO	NO APLICA	NO APLICA	15/07/2018		NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soportes que reposan en el archivo central. El programa de transferencia documental esta disponibles en la Intranet. Riesgos NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	Se mantiene el desarrollo del programa de transferencia documental del archivo central de la entidad para el acopio documental central.	Continuar con el registro del inventario de la Entidad, cumplir con los procedimientos y normatividad de archivo vigente.	
En segundo trimestre de 2018, se mantiene en ejecución el desarrollo del PAAC, en proceso seguimiento consolidado de avance por cada estrategia	98%	NO	NO APLICA	NO APLICA	15/07/2018		NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soportes que reposan en Sistemas de información. Riesgos NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	En el periodo de seguimiento, no se observa evidencia de materialización del riesgo, sin embargo, la Entidad fue víctima de jaqueo cibernético en la banca virtual (06/08/2018), materializándose el riesgo acceso a los sistemas de información.	Monitorear el desarrollo de los procedimientos (protocolos) establecidos en materia de archivo y seguridad de la información.	
En segundo trimestre de 2018, se mantiene en ejecución el desarrollo del PAAC, en proceso seguimiento consolidado de avance por cada estrategia	98%	NO	NO APLICA	NO APLICA	15/07/2018		NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soportes que reposan en Sistemas de información. Riesgo NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	En el periodo de seguimiento, no se observan evidencia de materialización del riesgo.	Continuar con la administración de los controles definidos, evitando la materialización del riesgo, realizar la divulgación de la evaluación del plan anticorrupción, aplicando lo indicado en la norma archivística en el desarrollo de las actividades implementadas.	
Durante el segundo trimestre de 2018 se cumplieron las actividades programadas a saber: se normalizo el procedimiento de Auditoría Interna, los instrumentos de auditoría interna de control interno y la Resolución de creación del Comité Institucional de Control Interno; Se cumple con el monitoreo de PAA y con la operación de comité con la frecuencia establecida	100	NO	NA	NA	15/07/2018	100	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol y los soportes reposan en página web en link de transparencia y el PAA con seguimiento reposa en custodia de la Oficina de Control Interno	28/08/2018	Se observa la ejecución y cumplimiento del PAA establecido para la OCI a la fecha de seguimiento.	Continuar con la eficacia del desarrollo del PAA.	

FASES DE SEGUIMIENTO												
PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL Responsable de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles dentro de su proceso.					SEGUNDO ORDEN: SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL Responsable de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el				TERCER ORDEN: CONTROL INTERNO: Responsable de la evaluación Independiente del componente Administración de Riesgos FRECUENCIA ANUAL			
SEGUNDO TRIMESTRE DE AUTOCONTROL					EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE							
DESCRIPCION DE AVANCES DE MITIGACION	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS-SEGUIMIENTO	RECOMENDACIÓN - OCI	
A segundo trimestre de 2018 se mantiene la aplicación del procedimiento de Custodia de Expedientes Laborales con controles necesarios para evitar el riesgo de pérdida	0%	NO	NA	NA	15/07/2018	0%	NO	Se CONFIRMA informacion reportada por el autocontrol con verificación de soportes que reposan en TALENTO HUMANO. Riesgo NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	Se observa la no materialización del riesgo a la fecha de seguimiento.	Continuar con la aplicación de las medidas de seguridad según lo indicado en las normas archivísticas.	
Se mantiene el desarrollo de acciones programadas en el Plan de bienestar e incentivos, así como supervisión de las certificaciones emitidas de los contratos asociados a su desarrollo	NA	NO	NA	NA	15/07/2018	NA	NO	Se CONFIRMA informacion reportada por el autocontrol con verificación de soportes que reposan en TALENTO HUMANO. Riesgo NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	No se observan evidencia de materialización del riesgo.	Continuar con la aplicación de las estrategias implementadas para la ejecución del Plan de Bienestar e Incentivos	
Se mantiene el desarrollo de conciliación con las entidades externas y la concreción del proceso de saneamiento de aportes patronales, de acuerdo a la última normatividad expedida por MinSalud, con las diferentes entidades administradoras por concepto de Salud, pensión, Cesantías y Riesgos Laborales	100%	NO	NA	NA	15/07/2018	100%	NO	Se CONFIRMA informacion reportada por el autocontrol con verificación de soportes que reposan en TALENTO HUMANO. Riesgo NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	No se observan evidencia de materialización del riesgo.	Continuar con la aplicación de las estrategias implementadas para la ejecución del Plan de Bienestar e Incentivos	
Se han cumplido las acciones en el tiempo programado, los soportes están en TH	100	NO	NA	NA	15/07/2018	NA	NO	Se CONFIRMA informacion reportada por el autocontrol con verificación de soportes que reposan en TALENTO HUMANO Y CONTRATACION. Riesgo NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	No se observan evidencia de materialización del riesgo.	Controlar que los colaboradores vinculados cumplan con el perfil y competencias requeridas.	
Se han cumplido las acciones en el tiempo programado, los soportes están en TH	NA	NO	NA	NA	15/07/2018	NA	NO	Se CONFIRMA informacion reportada por el autocontrol con verificación de soportes que reposan en TALENTO HUMANO. Riesgo NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	No se observan evidencia, ni se conocen casos de la materialización del riesgo.	Verificar la ejecución del 100% de las evaluaciones de desempeño en los tiempos establecidos para realizar la actividad.	

FASES DE SEGUIMIENTO												
PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL Responsable de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles dentro de su proceso.					SEGUNDO ORDEN: SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL Responsable de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el				TERCER ORDEN: CONTROL INTERNO: Responsable de la evaluación Independiente del componente Administración de Riesgos FRECUENCIA ANUAL			
SEGUNDO TRIMESTRE DE AUTOCONTROL					EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE							
DESCRIPCION DE AVANCES DE MITIGACION	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS-SEGUIMIENTO	RECOMENDACIÓN - OCI	
Se han cumplido las acciones en el tiempo programado, los soportes están en TH	NA	NO	NA	NA	15/07/2018	NA	NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soportes que reposan en TH. Riesgo NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	No se observan evidencia, ni se conocen casos de la materialización del riesgo.	Monitorear el desarrollo del proceso en todos los componentes acorde a las acciones a realizar.	
Se han cumplido las acciones en el tiempo programado, los soportes están en Jurídica	NA	NO	NA	NA	15/07/2018	NA	NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soportes que reposan en JURIDICA, Riesgo NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	No se conocen casos en el periodo de seguimiento donde se evidencie el no cumplimiento del debido proceso de control interno disciplinario.	Monitorear el cumplimiento del debido proceso según las acciones fijadas en la mitigación del riesgo.	
Se mantiene el seguimiento constante y personalizado al grupo de primera línea de facturación, incentivando el autocontrol de sus actividades conforme a lineamientos vigentes. Se realizó reunión con dirección de hospitalización donde se acordó realizar seguimiento entre el tiempo transcurrido en la entrega de historia clínica y la generación de la factura u orden de salida del usuario, a partir de agosto. Igualmente se elaborará una lista de chequeo que contenga los soportes mínimos adjuntos a cada historia clínica para realizar la correspondiente facturación	92%	NO	NA	NA	15/07/2018	92%	NO	Se confirma información registrada por autocontrol, los soportes reposan en facturación. Riesgo NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	El proceso adelanta acciones tendientes a fortalecer las competencias del grupo y recibe capacitaciones sobre normatividad vigente, y se ha realizado articulación con el área de sistemas, para mejorar los tiempos de atención.	Continuar con la aplicación de estrategias para el cumplimiento de competencia y conocimiento de los servidores, fortaleciendo los lineamientos sobre facturación, haciendo retroalimentación al equipo frente a las debilidades o eventos pendientes por facturar.	
En junio se remitieron los procedimientos de cartera y glosas a Calidad para Normalización. Se mantiene el desarrollo de preauditorías por parte de facturación para radicación de cuentas-. A nivel de estrategias se estableció al interior de los servicios un tiempo máximo de 72 horas para para cumplir con los tiempos de respuesta a objeciones esto es supervisado por la Subgerencia de servicios de salud		NO	NA	NO APLICA	18/07/2018		NO	Se confirma información registrada por el autocontrol. Existe soportes de cumplimiento de acciones en custodia de cartera y glosas. Riesgo NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	El proceso cuenta con procedimientos de cartera y glosas, mantiene el desarrollo de pre auditorías antes de la radicación de cuentas.	Continuar ampliando estrategias para cumplir con los tiempos de respuesta a objeciones ejerciendo actividades de supervisión en el desarrollo del proceso.	

FASES DE SEGUIMIENTO												
PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL Responsable de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles dentro de su proceso.					SEGUNDO ORDEN: SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL Responsable de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el				TERCER ORDEN: CONTROL INTERNO: Responsable de la evaluación Independiente del componente Administración de Riesgos FRECUENCIA ANUAL			
SEGUNDO TRIMESTRE DE AUTOCONTROL					EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE							
DESCRIPCION DE AVANCES DE MITIGACION	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS-SEGUIMIENTO	RECOMENDACIÓN - OCI	
Durante el segundo trimestre se mantiene la socialización de las metas asignadas para el equilibrio presupuestal a nivel de ingresos y gastos a los colaboradores de la Dirección financiera, con reporte de resultados en el marco de las ULC. Se mantiene el seguimiento de la gestión de cobro persuasivo frente a recuperación de cartera y el cobro coactivo con el apoyo de oficina jurídica. Desde facturación se realizan presuditorias para mejorar la calidad técnica de las facturas presentadas ante los responsables de pago. El indicador de equilibrio presupuestal mensualmente se monitorea mensualmente y sus resultados se analizan en el marco de Cómite de facturación, cartera y glosas	65,49725794	NA	NO APLICA	NO APLICA	18/07/2018	65,49725794	NA	Se confirma información registrada por el autocontrol. Existe soporte de cumplimiento de acciones en custodia de cartera y glosas. Riesgo NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	La información presupuestal es informada a través de la página web, en el desarrollo de las ULC. La Entidad hace gestión de cobro persuasivo frente a recuperación de cartera y ejerce cobro coactivo con jurídica. Hay pre auditorias de cuentas y el indicador de equilibrio presupuestal lo monitorea mensualmente, sus resultados se analizan en el marco de las reuniones en comités directivos.	Continuar con la adopción de medidas estratégicas en aras de lograr equilibrio presupuestal, avanzar en la recuperación de cartera y evidenciar gestión en el proceso de cobro coactivo.	
En junio se remitieron los procedimientos de cartera y glosas a Calidad para Normalización. Se mantiene el desarrollo de pre auditorias por parte de facturación para radicación de cuentas. A nivel de estrategias se estableció al interior de los servicios un tiempo máximo de 72 horas para cumplir con los tiempos de respuesta a objeciones, esto es supervisado por la Subgerencia de servicios de salud. A nivel de depuración se avanzó en un 32% de depuración de cartera con antiguos hospitales	1,46%	NO	NA	NA / Se confirma información registrada por el autocontrol. Existe soporte de cumplimiento de acciones en custodia de cartera y glosas. Riesgo NO materializado	23/07/2018	1,46%	NO	Se confirma información registrada por el autocontrol. Existen soportes de cumplimiento de acciones en custodia de cartera y glosas. Riesgo NO materializado. Se aclara que si bien la razón corriente está por encima de 1 obedece a que en la cuenta del efectivo se encuentran recursos de uso restringido en la suma de \$1.840 millones que se encuentra condicionado para el desarrollo de actividades específicas. Adicionado a que nuestro activo corriente tenemos cuentas por cobrar por \$131.692 millones y otros activos por \$22.413 millones que se encuentran incluidos dentro del activo corriente de la entidad a Junio 30 de 2018. Riesgo NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	28/08/2018	El proceso adelanta acciones tendientes a fortalecer las competencias del grupo y recibe preparaciones sobre normatividad vigente.	Continuar desarrollando las acciones establecidas en el Plan, enfocando esfuerzos en el desarrollo de los procedimientos, especialmente gestión de cartera en la consecución de recursos.	
A segundo semestre se cumple con el seguimiento de ejecución al Plan Anticorrupción y se fortalece su divulgación en el marco de seguimiento al mapa de riesgos, ya que una de las tipologías son los riesgos de corrupción, así como en inducciones.	98	NO	NA	NA	23/07/2018	95	NO	Se confirma información reportada por autocontrol. Los soportes reposan en Participación social, Sistemas y Desarrollo Institucional. Riesgo no materializado producto de los controles implementados	29/08/2018	Se evidencia la materialización del riesgo por fraude cibernético, se materializó el riesgo por jaqué de cuenta bancaria de la Entidad.	Desarrollar los protocolos de seguridad para la Tesorería de la Entidad, adoptando las normas establecidas por la SHD, de tal forma que minimice la probabilidad de fraude por cualquier medio.	
Durante el segundo trimestre de 2018, se refuerza socialización en riesgos de corrupción en seguimiento del mapa de riesgos del proceso, igualmente desde la inducción se mantiene socialización de lineamientos de transparencia. Trimestralmente se cumple con seguimiento del plan anticorrupción	98	NO	NA	NA	23/07/2018	98	NO	Se confirma información reportada por autocontrol. Las evidencias reposan en financiera, y desarrollo institucional en lo referente a seguimiento plan anticorrupción. Riesgo No materializado producto de los controles implementados	29/08/2018	No se evidencia denuncia sobre recibir y/o dar sobornos, a la fecha de seguimiento no se ha materializado el riesgo.	Poner en conocimiento a la Entidad sobre cualquier hecho que tenga relación con barreras de trámites de pagos - denunciar.	
Durante el segundo trimestre se mantiene el seguimiento de oportunidad en la respuesta a los recursos interpuestos por deudores de cobros coactivos.	85	NO	NA	NA	15/07/2018	85	NO	Se confirma información reportada por autocontrol, los soportes reposan en Asesoría Jurídica. Riesgo no materializado producto de controles implementados.	30/08/2018	En el periodo de seguimiento no se conoce procesos sobre recursos interpuestos por deudores de cobros coactivos.	Continuar con el monitoreo y control sobre las respuestas oportunas a los acciones interpuestas por los deudores de cobros coactivos, evitando la materialización del riesgo.	

FASES DE SEGUIMIENTO												
PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL Responsable de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles dentro de su proceso.					SEGUNDO ORDEN: SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL Responsable de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el				TERCER ORDEN: CONTROL INTERNO: Responsable de la evaluación Independiente del componente Administración de Riesgos FRECUENCIA ANUAL			
SEGUNDO TRIMESTRE DE AUTOCONTROL					EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE							
DESCRIPCION DE AVANCES DE MITIGACION	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS-SEGUIMIENTO	RECOMENDACIÓN - OCI	
Durante el segundo trimestre desde Jurídica se mantiene el desarrollo del procedimiento de tramite de cobro coactivo a los deudores priorizados remitidos por cartera así como la actualización de la matriz de cobro coactivo entre Cartera y cobro coactivo, información reportada a las instancias correspondientes para toma de decisiones	100	NO	NA	NA	15/07/2018	100	NO	Se confirma información reportada por autocontrol, los soportes reposan en Asesoría Jurídica. Riesgo no materializado producto de controles implementados.	30/08/2018	No se observa evidencia de materialización del riesgo.	Continuar con el desarrollo de las acciones de mitigación del riesgo, administrando los controles implementados.	
Se han cumplido las acciones en el tiempo programado, los soportes están en Jurídica	100	NO	NA	NA	15/07/2018	100	NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soportes que reposan en JURIDICA	30/08/2018	No se observa evidencia de materialización del riesgo. El proceso responde oportunamente las tutelas recibidas por la Entidad.	Continuar con el desarrollo de las acciones programadas en la mitigación del riesgo, administrando los controles implementados.	
La Política de Prevención del Daño Antijurídico se ha socializado por diferentes canales, iniciando con publicación virtual en web institucional. Se han diseñado estrategias para prevenir este riesgo que están en fase de desarrollo	90 demandas en promedio recibidas por esta tipología	SI	no especifica	Se solicito concepto ante Alcaldía mayor de Bogota para situación presentada y a nivel interno se implementaron estrategias como lograr solución de continuidad a contratistas que hayan prestado servicios mayores a un año, que los contratistas indiquen por escrito la disponibilidad de tiempo en que prestaran sus servicios, mejoramiento en el lenguaje y forma de solicitar responsabilidades a los contratistas según aplique	15/07/2018	90 demandas en promedio recibidas por esta tipología	SI	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soportes que reposan en JURIDICA	30/08/2018	Se registra en el comité de conciliación demandas por daño antijurídico, evidenciando la materialización del riesgo, situación que alerta la baja efectividad de las acciones implementadas.	Crear estrategias asertivas para atacar la minimización de la materialización del riesgo planteado.	
A segundo trimestre se actualizaron y normalizaron los documentos inherentes a seguridad del Paciente (Programa de SP, Procedimiento de Gestión del inicio de atención insegura, rondas de seguridad del paciente, protocolo de identificación de pacientes, de prevención de caídas, entre otros) con socialización en espacios como inducción, ULC, Comité de seguridad del usuario, estrategias de acompañamiento 1 a 1, días del saber. A nivel de medición se realiza a través de listas de chequeo y plataforma MAO.	75%	SI	ECOTERAPIA (3 Caídas)	RIESGO MATERIALIZADO. A primer semestre las 3 principales causas de EA fueron: caídas, (5 caídas en Eco terapia ya incluidas), IAAS (se presentaron en Tunal, Meissen principalmente) y Flebitis en USS Tunal (Ver soporte completo reporte de EA). Se implementaron como barreras de seguridad se continúa fortaleciendo la implementación del protocolo de prevención de caídas, incluyendo valoración de caídas y se inició medición de adherencia a algunas de las buenas prácticas incluida prevención de caídas. Para reducir EA por flebitis se reforzó la vigilancia para monitorear el cambio de accesos venosos cada 72 horas	15/07/2018	75%	SI	RIESGO MATERIALIZADO. A segundo trimestre se presentaron xxx EA, siendo los 3 principales causas: caídas, (5 caídas en Ecoterapia ya incluidas), IAAS (se presentaron en Tunal, Meissen principalmente) y Flebitis en USS Tunal (Ver soporte completo reporte de EA). Se implementaron como barreras de seguridad se continúa fortaleciendo la implementación del protocolo de prevención de caídas, incluyendo valoración de caídas y se inició medición de adherencia a algunas de las buenas prácticas incluida prevención de caídas. Para reducir EA por flebitis se reforzó la vigilancia para monitorear el cambio de accesos venosos cada 72 horas	30/08/2018	La gestión realizada de las actividades planteadas para mitigar el riesgo tienen el alcance planteado, sin embargo se debe replantear el riesgo por líneas de intervención del programa teniendo en cuenta su transversalidad, para cumplir con las actividades planteadas.	Considerando el riesgo clínico como causalmente multifactorial, es importante disgregar este tipo de riesgo por proceso, subproceso y servicio para asignar responsables del cumplimiento de la Política de Seguridad del Paciente, como eje transversal del Macroproceso Misional	

FASES DE SEGUIMIENTO												
PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL Responsable de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles dentro de su proceso.					SEGUNDO ORDEN: SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL Responsable de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el				TERCER ORDEN: CONTROL INTERNO: Responsable de la evaluación Independiente del componente Administración de Riesgos FRECUENCIA ANUAL			
SEGUNDO TRIMESTRE DE AUTOCONTROL					EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE							
DESCRIPCION DE AVANCES DE MITIGACION	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS-SEGUIMIENTO	RECOMENDACIÓN - OCI	
En segundo trimestre de 2018 se mantiene la aplicación de Reconciliación Medicamentosa de las familias con polimedicamentos, con información registrada en actas de visita. Se tiene proyectado solicitar capacitación a referente de odontología de subred capacitación en aplicación de anestesia para fortalecimiento de competencias	0 (No reportado)	NO	NA	NA	15/07/2018	0 (No reportado)	NO	Se confirma información registrada por el autocontrol, los soportes reposan en custodia del Químico Farmacéutico. El equipo de la USS Nazareth y San Juan recibieron capacitación sobre Reconciliación medicamentosa. Aplican como criterio de aplicación para reconciliación medicamentosa usuarios con suministro o ingesta de más de 7 medicamentos y el médico es quien identifica pacientes polimedicados y cuando el usuario	30/08/2018	El riesgo identificado frente a las actividades propuestas para mitigarlo y su ejecución, no llenan el alcance que el Ministerio de la Protección Social y la Resolución 2003 definen para implementar la Buena Práctica de Medicamentos Seguros como línea de intervención del Programa de Seguridad del Paciente.	El servicio de odontología de la Subred debe articularse con el Programa de Seguridad del Paciente para implementar la Buena Práctica de Medicamentos Seguros, con especificidad en el uso de anestésicos; definiendo así las oportunidades de mejora frente a las fallas reales que se presentan en el proceso de atención del servicio de Salud Oral de la Sub Red Sur	
En segundo trimestre de 2018 se actualizó el Programa de seguridad del usuario y se implementaron estrategias como "Estrategia multimodal para la higiene de manos, Estrategia "Usuario protegido", "Procesos de limpieza y desinfección de áreas, Educación- capacitación, entre otras con alcance a USS Rurales. En USS Rurales no se materializaron IAAS en segundo trimestre	0,002946472	SI	TUNAL MEISSEN TUNJUELITO VISTA HERMOSA CARMEN	Se estandarizó a nivel de subred, la documentación de cuidados de enfermería y de terapia respiratoria para traqueostomía y ventriculostomía, en fase de aprobación y normalización. Se priorizó la toma de muestras microbiológicas de manos y superficies de los servicios con mayor incidencia de IAAS. Se fortaleció la presentación de resultados a nivel de servicios favoreciendo el análisis. RIESGO NO MATERIALIZADO EN USS RURALES.	18/07/2018	0,004594837	SI	RIESGOS MATERIALIZADO EN USS URBANAS EN TUNAL Y MEISSEN ENFASIS EN UCIS POR FACTOR DE RIESGO. RIESGO NO MATERIALIZADO EN USS RURALES.	30/08/2018	El alcance de los soportes de ejecución de las 4 actividades planteadas indican apropiación de las estrategias de prevención de IAAS en los servicios asistenciales, siendo importante articular la línea de intervención de Prevención de Infecciones del Programa de Seguridad del Paciente, con los procesos que definen la adherencia a las mismas, en el entendido que la garantía de los insumos, el uso permanente de EPI, el seguimiento a la ruta sanitaria, el seguimiento a la ejecución de limpieza rutinaria y terminal de las áreas, entre otras acciones, exige una articulación permanente de los mismos.	El subregistro que se presenta en el sistema de notificación de los posibles eventos adversos, incidentes y complicaciones, como parte de la gestión del Programa de Seguridad del Paciente, debe fortalecerse frente a la cultura del reporte definiéndose estrategias de búsqueda activa, casos del sistema de PQRS, reporte voluntario, resultados de auditoría entre otras. Igualmente el indicador e identificación como se registra en la matriz de riesgos, deben reformularse como riesgo más no como riesgo materializado, permitiendo así el monitoreo y posterior definición de acciones de mejora frente a las desviaciones encontradas.	
Durante el segundo trimestre 2018 se actualizó el Programa de seguridad del paciente donde se incluyó la buena práctica de prevención de caídas y protocolo de prevención de caídas, con resocialización de los mismos. En mayo se inició la medición de adherencia de prevención de caídas en unidades Meissen, Tunal, Carmen. Se mantiene la resocialización de los lineamientos en seguridad del paciente.	Consulta externa: 4 caídas Hospitalización: 28 Urgencias 2	SI	Hospitalización: USS la estrella, meissen, nazareth, tunal, tunjuelito y vista hermosa. Consulta externa: tunal	A nivel rural se implementaron cintas antiderrapantes instaladas en el piso de Eco terapia; implementación de identificación de pacientes mediante el uso de manillas con el siguiente código de colores: blancas para usuarios hospitalizados, rojas para usuarios con posible riesgo de caídas. Fortalecimiento de aplicación de escala de riesgo de caídas en cada cambio de turno	18/07/2018	Consulta externa: 10 caídas Hospitalización: 65 Urgencias 23	SI	Se confirma información registrada por el autocontrol. El protocolo se socializó a 30 colaboradores de USS Rurales.	31/08/2018	La auditoría de los Subprocesos de Gestión Cuidado Integral en Servicios Ambulatorios y Gestión Cuidado Integral en Servicios, como parte de PAA 2018, evidencia apropiación de la Buena Práctica de Prevención de Caídas como parte del Programa de Seguridad del Paciente, frente al uso de manilla roja y diligenciamiento de Escala de valoración de riesgo en la Historia Clínica; presentándose desviaciones en la adherencia al Documento institucional MI-GCE-SDP-PT-02V2 Prevención de Caídas, en temas como educación al paciente y/o familiar, valoración de riesgo por turno, uso de color de manilla correcta, asistencia por personal de enfermería.	El indicador e identificación como se registra en la matriz de riesgos, deben reformularse como riesgo más no como riesgo materializado, permitiendo así el monitoreo y posterior definición de acciones de mejora frente a las desviaciones encontradas.	
Se actualizó el procedimiento de atención de urgencias con inclusión de actividades para ruralidad, se inició socialización mediante publicación del procedimiento en la intranet.	0	NO	NA	NA	18/07/2018	0	NO	Se confirma la información reportada por el autocontrol. El procedimiento actualizado de atención de urgencias esta disponible en la intranet, y se mantiene en implementación	31/08/2018	El Procedimiento de Atención de Urgencias EA-URC-PR-01 V3 menciona actividades específicas para manejo de paciente en sedes de Ruralidad al ingreso, más no en la realización de la consulta de urgencias, definición de conducta del paciente y, demás actividades que minimizarían el riesgo de evolución desfavorable por demora en el diagnóstico y/o tratamiento del paciente. El alcance de los seguimientos no evidencia soporte para la actividad relacionada con medir la adherencia de GPC de ruralidad atención materna, salud mental e HTA según programación PAMEC	La identificación e indicador como se registra en la matriz de riesgos, deben reformularse como riesgo más no como riesgo materializado, especificando a su vez el numerador y denominador, que permita así el monitoreo y posterior definición de acciones de mejora frente a las desviaciones encontradas.	

FASES DE SEGUIMIENTO												
PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL Responsable de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles dentro de su proceso.					SEGUNDO ORDEN: SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL Responsable de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el				TERCER ORDEN: CONTROL INTERNO: Responsable de la evaluación Independiente del componente Administración de Riesgos FRECUENCIA ANUAL			
SEGUNDO TRIMESTRE DE AUTOCONTROL					EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE							
DESCRIPCION DE AVANCES DE MITIGACION	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS-SEGUIMIENTO	RECOMENDACIÓN - OCI	
Durante el segundo trimestre de 2018, se ha cumplido con las acciones de mitigación propuestas. Se implementaron los días del saber, el boletín subred segura, la implementación de listas de chequeo de buenas prácticas. Se mantuvo la operación del comité de seguridad del paciente incluyendo en el orden del día el reporte de eventos adversos.	Caidas 44 Flebitis:33 Ulceras por presión:5 IAAS: 26 errores en la administración de medicamentos:4	SI	NAZARETH - ECOTERAPIA USS URBANAS	A nivel rural hubo reincidencia de caídas en Eco terapia, los controles implementados fueron instalación de cintas antideslizantes en el piso de Eco terapia; implementación de identificación de pacientes mediante el uso de manillas con el siguiente código de colores: blancas para usuarios hospitalizados, rojas para usuarios con posible riesgo de caídas. Fortalecimiento de aplicación de escala de riesgo de caídas en cada cambio de turno	15/07/2018	Caidas 98 Flebitis:46 Ulceras por presión:14 IAAS:42 errores en la administración de medicamentos:8	SI	Riesgo materializado. A primer semestre los eventos adversos que han reincidido son las caídas e infecciones. Sin embargo algunas los factores contribuyeron en el caso de las caídas han sido diferentes. Se presentaron en ruralidad ecoterapia 4 caídas (barrera de seguridad implementada fortalecimiento de vigilancia de pacientes cuya medicación puede generar somnolencia Se plantea plan de trabajo a la gerencia con el objetivo de fortalecer la línea de seguridad del paciente y momentos 6 para fortalecer el despliegue a todas las unidades y apropiación del cliente interno y externo.	31/08/2018	Las actividades implementadas para control de la ocurrencia de los eventos se enfocan en apropiación y adherencia del conocimiento del enfoque de las Buenas Prácticas del Programa de Seguridad del Paciente, evidenciando mediante auditorías del PAA 2018 que la metodología utilizada debe fortalecerse en empoderar a líderes de los servicios asistenciales de todos los perfiles, con seguimiento continuo de entrega de productos que reflejen el cumplimiento a un plan de capacitación con su respectivo cronograma e indicador.	Acorde con el sistema de análisis y gestión del evento adverso, incidente y complicación y teniendo en cuenta que los riesgos clínicos pueden obedecer a nuevas causas, es importante tener en cuenta a que causa obedece el evento para tener efectividad frente a los controles definidos para el riesgo.	
En segundo trimestre de 2018, se actualizó el Programa de seguridad del usuario y se implementaron estrategias como Estrategia multimodal para la higiene de manos, Estrategia "Usuario protegido", - Procesos de limpieza y desinfección de áreas, Educación- capacitación, entre otras con alcance a USS Rurales	0,002946472	SI	USS MEISSEN USS TUNAL USS TUMIJUEITO USS EL CARMEN USS VISTA HERMOSA	Énfasis en el conocimiento y adherencia a los protocolos de prevención y control de IAAS, seguimiento a cumplimiento en los servicios. Para el primer semestre de 2018 se mantiene el indicador de tasa de infecciones asociadas a la atención en salud por debajo de la meta definida para las instituciones de alta complejidad del distrito. Documentación manejo traqueostomía por terapia respiratoria y enfermería, ampliación cobertura capacitaciones estrategias de prevención y control de las infecciones, seguimiento adherencia	15/07/2018	0,004594837	SI	Para el primer semestre de 2018 se mantiene el indicador de tasa de infecciones asociadas a alta atención en salud por debajo de la meta definida para las instituciones de alta complejidad del distrito. RIESGOS MATERIALIZADO EN USS URBANAS EN TUNAL Y MEISSEN ENFASIS EN UCIS POR FACTOR DE RIESGO. RIESGO NO MATERIALIZADO EN USS RURALES.	31/08/2018	El seguimiento de primer y segundo orden muestra como resultado que el riesgo se materializa, sin superar incremento en la tasa global de infecciones intrahospitalarias por encima del estándar permitido (2.4) EN USS URBANAS Y RURALES establecido por el estándar definido la SDS. Sin embargo el resultado presentado en el comité de Seguridad del Paciente del mes de Mayo, se categoriza como segunda causa de Evento Adverso, por lo que se recomienda formular un indicador interno institucional que permita monitorear estos casos robusteciendo la base de datos con la disminución del subregistro en la notificación.	La definición del riesgo como se registra en la matriz de riesgos, debe reformularse como riesgo más no como riesgo materializado y, los indicadores de las estrategias de control y prevención de infecciones deben ajustarse como es el caso del denominador del indicador de capacitación, donde el universo objeto debe priorizarse con datos acumulativos mensualmente.	
Durante el segundo trimestre se avanza en la revisión y ajuste del código respiratorio para menores de 5 años previo a trámite de normalización. Se reforzó despliegue del perfil de morbilidad a equipo de salud de urgencias.	N/A	NO	NA	NA	15/07/2018	NA	NO	Se confirma información registrada por el autocontrol. Los soportes reposan en la Dirección de Urgencias. Riesgo No materializado producto de la efectividad de los controles	30/08/2018	La identificación del riesgo no es correcta ya que se formula como su materialización, definiéndose actividades que si lo administran, controlan y permiten su seguimiento.	Articular el Plan de Acción del Programa de Infecciones con los subprocesos de Ejecución de Alternativas para el Cuidado en Salud, para planear de manera integral las actividades que permitan mitigar este tipo de infecciones basados en la evidencia científica.	
Se mantiene el resultado reportado a primer trimestre y se da continuidad de socialización en el mes de septiembre de 2018	32%	NO	NA	NA	15/07/2018	32%	NO	Durante el segundo trimestre de 2018, se mantienen los resultados reportados en primer trimestre. Existe soporte de cumplimiento en el cuadro de control de socialización Seguimiento socialización de documentos en custodia de la Dirección de Urgencias RIESGO NO MATERIALIZADO, producto de la efectividad de los controles	30/08/2018	No se evidencia continuidad en la capacitación y por ende en la cobertura de la Guía de prevención, diagnóstico, tratamiento rehabilitación EPOC, al igual que la socialización del Perfil de Morbilidad; a pesar de ser actividades planteadas también para el riesgo N° 45 de la Matriz de Riesgo Institucional.	Articular el Plan de Acción del Programa de Infecciones con los subprocesos de Ejecución de Alternativas para el Cuidado en Salud, para planear de manera integral las actividades que permitan mitigar este tipo de infecciones basados en la evidencia científica.	

FASES DE SEGUIMIENTO												
PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL Responsable de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles dentro de su proceso.					SEGUNDO ORDEN: SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL Responsable de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el				TERCER ORDEN: CONTROL INTERNO: Responsable de la evaluación Independiente del componente Administración de Riesgos FRECUENCIA ANUAL			
SEGUNDO TRIMESTRE DE AUTOCONTROL					EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE							
DESCRIPCION DE AVANCES DE MITIGACION	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS-SEGUIMIENTO	RECOMENDACIÓN - OCI	
Se mantiene el resultado reportado a primer trimestre 2018 con programación de refuerzo de socialización de la guía en julio de 2018. Cero eventos adversos asociados a este evento	0	NO	NA	NA	15/07/2018	0	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol. Riesgo NO materializado, producto de la efectividad de los controles	30/08/2018	La identificación del riesgo no es correcta ya que se formula como su materialización, definiéndose actividades que si lo administran, controlan y permiten su seguimiento.	Teniendo en cuenta el subregistro que se presenta en la notificación de los posibles Eventos Adversos, Incidentes y complicaciones desde el Programa de Seguridad del Paciente, se debe reformular el indicador que permita medir la efectividad de las actividades de mitigación planteadas.	
Desde el área de Calidad se han realizado acompañamientos a los servicios de urgencias de las diferentes USS de la Subred, desde el programa de seguridad del paciente se hace monitoreo a los índices de atención insegura relacionados con inadecuada clasificación en triage.	0	NO	NA	NA	15/07/2018	0	NO	Se confirma reporte de autocontrol y los soportes reposan en dirección de urgencias y en Oficina de Calidad. Riesgo NO materializado producto de la efectividad de los controles	30/08/2018	El seguimiento de primer orden no tiene el alcance para las 5 actividades formuladas, tal y como lo define la matriz de riesgos, lo cual se corrobora con la Auditoría al Subproceso de Gestión del Cuidado Integral en Servicios de Urgencias como parte de Plan Anual de Auditorías 2018. El Subproceso de Ingreso Laboral con corte a agosto de 2018 no cuenta con soportes de las pruebas de conocimiento que contempla el Procedimiento de Selección en Contratación OPS CO-OPS-PR-02 V2.	Teniendo en cuenta el subregistro que se presenta en la notificación de los posibles Eventos Adversos, Incidentes y complicaciones desde el Programa de Seguridad del Paciente, se debe reformular el indicador que permita medir la efectividad de las actividades de mitigación planteadas.	
Se mantiene el desarrollo de acciones programadas, con articulación de acciones entre talento humano, servicio al ciudadano y la dirección de urgencias para implementar estrategias que eviten dicho riesgo	NA	NO	NO	NA	15/07/2018	NA (frecuencia anual)	NO	Se confirma información reportada por autocontrol. Los soportes reposan en humanización, participación social según corresponda. Riesgo no materializado producto de controles implementados	30/08/2018	El seguimiento de primer orden no tiene el alcance para las 3 actividades formuladas, tal y como lo define la matriz de riesgos, lo cual se corrobora con la Auditoría al Subproceso de Gestión del Cuidado Integral en Servicios de Urgencias como parte de Plan Anual de Auditorías 2018, contando la Subred Sur con el enfoque definido así INSTRUCTIVO MANEJO DE PACIENTE DIFÍCIL DI-HUM-INS-01 V1.	El indicador planteado debe ser objeto de monitoreo y formulación de acciones de mejora en caso de presentar desviaciones.	
Durante el segundo trimestre del 2018 se continuo con el seguimiento a la oportunidad de atención, se mantuvieron estrategias que permitieron mantener el indicador de oportunidad en la atención de triage II en abril y mayo dentro del estándar, en junio se observo un ligero aumento debido a que se esta esperando que las actividades implementadas en la USS Meissen generen el impacto deseado	40	SI	USS MEISSEN USS TUNAL	Coordinación de acciones conjuntas entre equipo de salud, facturación y sistemas para mejorar tiempos de triage II	15/07/2018	40 MINUTOS (FUENTE RESOLUCION 256/2016)	SI	REVISANDO CON FACTURACION DEMORAS EN AVBRIR HISTORIA Y SISTEMAS. FACTURACION QUE LE DEN PRIORIDAD APERTURA SOBRE LAS FACTURACION SOPORTES	30/08/2018	Se evidencia cumplimiento a las acciones de mejora planteadas, siendo relevante la mejora de los tiempos para la USS Tunal y Meissen.	Se recomienda ajustar y socializar a la población de interés, el Procedimiento de Triage EA-URG-PR-04 V3 en el entendido de que por Auditoría al Subproceso de Gestión del Cuidado Integral en Servicios de Urgencias como parte de Plan Anual de Auditorías 2018, se evidencia que la dinámica de los servicios de Urgencias de la Subred Sur son diferentes y el procedimiento describe actividades unificadas.	

FASES DE SEGUIMIENTO												
PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL Responsable de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles dentro de su proceso.					SEGUNDO ORDEN: SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL Responsable de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el				TERCER ORDEN: CONTROL INTERNO: Responsable de la evaluación Independiente del componente Administración de Riesgos FRECUENCIA ANUAL			
SEGUNDO TRIMESTRE DE AUTOCONTROL					EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE							
DESCRIPCION DE AVANCES DE MITIGACION	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS-SEGUIMIENTO	RECOMENDACIÓN - OCI	
A segundo trimestre 2018 se mantuvo el desarrollo de los talleres de crónicos. Se inicio socialización del perfil de morbilidad al equipo médico de consulta externa	NA FRECUENCIA ANUAL	NO	NA	NA	15/07/2018	NA FRECUENCIA ANUAL	NO	se confirma y valida la información reportada por el autocontrol. Soporte de talleres cronicos reposan en custodia de Direccion gerencia del riesgo. Y soportes de perfil reposan en Direccion ambulatoria. Riesgo NO materializado	30/08/2018	El seguimiento de primer orden no tiene el alcance para las 3 actividades formuladas, tal y como lo define la matriz de riesgo	Las evidencias de ejecución de las actividades que hacen referencia en el seguimiento relacionadas con los Talleres de Paciente Crónico deben corresponder a un indicador de cobertura.	
A segundo trimestre se realizó presentación de las TRD en Comité interno de archivo, se adelantó la aprobación de las mismas por las áreas productoras. Se mantuvo el desarrollo de capacitaciones sobre el instructivo de organización de archivos de gestión a contratación, participación al ciudadano, farmacia, gestión documental	NA	NO	NA	NA	15/07/2018	NA	NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soportes que reposan en el archivo central. El programa de transferencia documental esta disponibles en la Intranet.	29/08/2018	No se observan evidencia de materialización del riesgo.	Monitorear el desarrollo de las acciones implementadas, según lo establecido en el mapa de riesgos.	
Se realiza entrega oportuna de la información normativa de acuerdo al cronograma con corte al II trimestre de 2018 a nivel interno y/o externo	100	NO	NA	NA	15/07/2018	NA	NO	Se confirma información reportada por autocontrol, los soportes reposan en Gerencia de información. Riesgo no materializado producto de los controles implementados	29/08/2018	No se observan evidencia de materialización del riesgo.	Dar cumplimiento al total de las actividades programadas en el Plan, instruyendo oportunamente al cliente interno y acatando el cronograma de presentación de informes.	
Se cumple con la socialización del procedimiento de Liquidación de la nómina, así como con la realización de la pre nomina con el fin de validar las novedades que se incluyen y se mantiene verificaciones de prueba al sistema de información para verificar que se encuentra debidamente parametizado.	100	NO	NA	NA	15/07/2018	100	NO	Se confirma información registrada por el autocontrol y los soportes reposan en TH	29/08/2018	No se evidencia PQRS del cliente interno sobre la materialización del riesgo.	Continuar con la aplicación del procedimiento de liquidación de nómina y gestionar totalmente las acciones registradas en el plan para evitar la materialización del riesgo.	

FASES DE SEGUIMIENTO												
PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL Responsable de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles dentro de su proceso.					SEGUNDO ORDEN: SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL Responsable de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el				TERCER ORDEN: CONTROL INTERNO: Responsable de la evaluación Independiente del componente Administración de Riesgos FRECUENCIA ANUAL			
SEGUNDO TRIMESTRE DE AUTOCONTROL					EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE							
DESCRIPCION DE AVANCES DE MITIGACION	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS-SEGUIMIENTO	RECOMENDACIÓN - OCI	
Durante el Segundo trimestre de 2018 se mantiene del desarrollo de implementación del Modelo de atención en salud acorde con las acciones programadas en la Hoja de ruta, con un cumplimiento del 100% frente a acciones programadas	100%	NO	NA	NA	23/07/2018	100%	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol, los soportes reposan en Gestión de la información a nivel de hoja de ruta, y de la socialización en Comité Directivo de Gerencia	30/08/2018	El alcance de las tres actividades propuestas para el riesgo cumple en los relacionados a la creación del documento y su socialización.	La evaluación del modelo mediante la hoja de ruta definida por la SDS, debe evidenciarse en los seguimientos de primer y segundo orden con el cumplimiento gradual que se tiene estipulado	
1. De Mayo a Julio de 2018 se realizó análisis de la Capacidad Instalada para Docencia Servicio en la Unidades de mayor complejidad, con el fin de oferta de cupos a la IES, con base a los lineamientos para el segundo semestre de 2018.	100	NO	NA	NA	23/07/2018	100	NO	Se confirma información reportada por autocontrol, en el marco del seguimiento de análisis de Capacidad Instalada en la Unidades de mayor complejidad, de la operación de comités Docencia Servicio con cada una de las Universidades y del diseño con la SDS de una herramienta Dinámica para el análisis de la Capacidad Instalada con base a los lineamientos de Ministerio de Salud. Riesgo No materializado producto de controles implementados	29/08/2018	No se observa evidencia de materialización del riesgo.	Mantener actualizada la información de capacidad instalada y tener comunicación directa con los líderes de los servicios para mitigar el riesgo.	
Se da continuidad a la revisión técnica científica de protocolos y acompañamiento individualizado.	NA (FRECUENCIA ANUAL)	SI	NO APLICA	1. De manera mensual se realiza revisión técnico científica y bioética de los protocolos de investigación en el comité de ética e investigación.	23/07/2018	NA (FRECUENCIA ANUAL)	SI	Se confirma información reportada por autocontrol. Los soportes reposan en custodia de equipo de investigaciones.	29/08/2018	Se observa materialización del riesgo.	Monitorear los proyectos de investigación diseñados de tal manera que cumplan con los requisitos de calidad aprobados.	
Durante el segundo trimestre de 2018 se actualizo el procedimiento de sífilis gestacional, se socializo la RIA de desnutrición en menor de 5 años y se mantiene el desarrollo de seguimiento por tableros de control a la población intervenida frente a su responsabilidad en el cuidado de la salud	Adherencia a las RIAS : Gestantes (materno perinata): 80% Infancia: 65% y Crónicos: 87%	NO	NA	Los resultados de AHERENCIA DE LAS 3 RUTAS EVALUADAS, demuestran una tendencia creciente a la mejora, respecto a resultados de primer trimestre, secundario a las acciones de seguimiento y demanda inducida de los usuarios	23/07/2018	Adherencia a las RIAS : Gestantes (materno perinata): 80% Infancia: 65% y Crónicos: 87%	NO	Se confirma información registrada por el autocontrol, los soportes de adherencia de resultados de adherencia están en custodia de la Referencia de PYD	31/08/2018	Los controles implementados y la adherencia evaluada de las 3 rutas de atención, adicionalmente la demanda inducida a los usuarios ayudan a la no materialización del riesgo.	Continuar en la monitorización de los controles implementados y realizar seguimiento a la demanda inducida por parted del personal de salud.	

FASES DE SEGUIMIENTO												
PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL Responsable de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles dentro de su proceso.					SEGUNDO ORDEN: SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL Responsable de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el				TERCER ORDEN: CONTROL INTERNO: Responsable de la evaluación Independiente del componente Administración de Riesgos FRECUENCIA ANUAL			
SEGUNDO TRIMESTRE DE AUTOCONTROL					EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE							
DESCRIPCION DE AVANCES DE MITIGACION	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS-SEGUIMIENTO	RECOMENDACIÓN - OCI	
<p>1. Se mantiene la aplicación de la metodología de Momento "6" como herramientas para mejorar la planeación del talento humano, actualizándose el de PIC conforme a la negociación de abril a junio de 2018.</p> <p>2. A segundo trimestre se capacito a colaboradores de espacio vivienda.</p> <p>3. Se mantiene el desarrollo de estrategia de telefonos moviles para la verificación de derechos y asignación de PYD desde el domicilio del usuario por parte de los auxiliares de enfermería y se complemento con la asignación de medicos especificos para PYD en cada USS.</p> <p>4. Se mantiene el monitoreo del cumplimiento de las metas y coberturas de los programas de PY D y PIC, mediante tableros de seguimiento financieros y de metas.</p>	PIC: 98.4% PYD: 77% GLOBAL PROMEDIO (Cumplimiento coberturas 11 programas) Resultado I semestre 2017: PYD: 34%	NO	NA	Los resultados de los Programas de PYD a primer semestre denotan tendencia creciente a la mejora de 43 puntos porcentuales, comparados frente a resultados de 1 semestre 2017.	23/07/2018	PIC: 98.4% PYD: 77% GLOBAL PROMEDIO (Cumplimiento coberturas 11 programas) Resultado I semestre 2017: PYD: 34%	NO	Se confirma información registrada por el autocontrol, los soportes de cumplimiento de metas y/o coberturas de los contratos celebrados con EAPB o Entes Territoriales reposan en Coordinación PIC	31/08/2018	De acuerdo a los registros entregados, se evidencia el cumplimiento de las metas y aplicación del momento 6 de talento humano, para logara las metas establecidas	Mantener los seguimientos y registros relacionados con las estrategias desarrolladas para la no materialización del riesgo.	
Se actualizo el procedimiento de Referencia y Contrareferencia, con publicación en intranet para consulta de los colaboradores, se tiene previsto ampliar cobertura de socialización por otros medios. Se mantienen la disponibilidad de ambulancias en zona rural	0	NO	NA	NA	15/07/2018	0	NO	se confirma la información registrada por autocontrol. Los soportes reposan en custodia de Referencia y Contrareferencia. RIESGO NO MATERIALIZADO	31/08/2018	La revisión del Procedimiento de Referencia y Contrareferencia EA-URG-PR-06 V4 presenta en el ítem Control de Cambios de 05/09/2018 actualización de nueva metodología de procedimientos, inclusión de riesgos y puntos de control, siendo importante realizar monitoreo al indicador de cobertura de socialización a los colaboradores responsables de adherirse al procedimiento, con su respectivo plan y cronograma de capacitación.	Teniendo en cuenta la definición de riesgo en salud como, probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, debe reformularse el mismo como lo puede ocasionar la complicación mas no como su materialización y, comparar con el riesgo n° 42 de la Matriz de Riesgos que hace referencia a situaciones similares para las sedes rurales de la Subred Sur.	
Durante el segundo trimestre de 2018, se mantiene el acompañamiento por parte del Referente de cirugía y la Directora de Servicios hospitalarios, en los quirófanos de la subred de las Unidades de Meissen y Tunal con retroalimentación a los colaboradores. Registro de evidencia en acta de visita en áreas quirúrgicas referidas	0	NO	NA	NA	15/07/2018	0	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol. El consolidado de eventos adversos reposa en Oficina de Calidad, y demas soportes en Dirección de hospitalización según programación establecida. Riesgo no materializado secundario a controles implementados	30/08/2018	El riesgo identificado corresponde a la materialización del mismo, por lo cual debe reformularse al igual que las actividades propuestas para mitigarlo y su ejecución, referenciándose en la Buena práctica de "Mejorar la Seguridad en los Procedimientos Quirúrgicos" definida por el Ministerio de la Protección Social y la Resolución 2003 definen como parte del Programa de Seguridad del Paciente.	Articulación entre Programa de Seguridad del Paciente y Subprocesos misionales que realicen procedimientos invasivos, para la Implementación de la Buena práctica de "Mejorar la Seguridad en los Procedimientos Quirúrgicos".	
<p>1. A segundo semestre se estructuraron los lineamientos de inducción asociados a hospitalización, en tramite de normalización con oficina de Calidad</p> <p>2. Se mantiene la realización de inducciones específicas para los colaboradores que ingresan al servicio de Hospitalización según el perfil, por parte del par correspondiente</p> <p>3. Pendiente por cumplir hasta tanto se normalice el procedimiento en intranet</p> <p>4. Se mantiene la aplicación de la lista de chequeo de cirugía al equipo de salud de quirúrgicos, implementando correctivos a lugar</p>	0	NO	NA	NA	23/07/2018	0	NO	Se confirma información reportada por autocontrol, los soportes reposan en Talento Humano - inducción y en la Dirección hospitalaria según corresponda. Riesgo no materializado producto de controles implementados	30/08/2018	Se observa que mediante la realización de inducción al personal nuevo, en el área de hospitalización y la aplicación de la lista de chequeo no se ha materializado el riesgo	Monitorear el desarrollo de las acciones implementadas, según lo establecido en el mapa de riesgos.	

FASES DE SEGUIMIENTO												
PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL Responsable de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles dentro de su proceso.					SEGUNDO ORDEN: SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL Responsable de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el				TERCER ORDEN: CONTROL INTERNO: Responsable de la evaluación Independiente del componente Administración de Riesgos FRECUENCIA ANUAL			
SEGUNDO TRIMESTRE DE AUTOCONTROL					EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE							
DESCRIPCION DE AVANCES DE MITIGACION	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS-SEGUIMIENTO	RECOMENDACIÓN - OCI	
Se avanza en la socializaciones de la Guía de atención de parto y protocolo asociado y se realizaron simulacros de código rojo.	NA	NO	NA	NA	23/07/2018	NA (Frecuencia anual)	NO	riesgo materializado. Mortalidad materna. Se relaciona con la RIA atención materna perinatal	30/08/2018	Las acciones implementadas no fueron suficientes, para evitar la materialización del riesgo.	Se deben realizar estrategias alternativas para evitar la atención insegura de la materna y realizar evaluación de la adherencia a la Guía de atención al parto y el protocolo por parte de los funcionarios del área.	
EL protocolo de lavado de manos se socializa por diferentes canales virtual, presencial y/o escrito. El protocolo está disponible en intranet para consulta de colaboradores, y se mantiene socialización de forma personalizada en USS priorizadas, iniciando en Rurales y ampliando coberturas en urbanas. La medición de adherencia se realiza conforme a programación	NA	NO	NA	NA	23/07/2018	NA (Frecuencia anual)	NO	Se confirma información reportada por el Autocontrol. Los soportes reposan en seguridad del paciente.	30/08/2018	La oficina de control interno en sus auditorías asistenciales ha observado que no hay adherencia al protocolo de lavado de manos en las unidades auditadas, los colaboradores expresan que han sido capacitados en el protocolo y demás estrategias de lavado de manos, pero no lo aplican y se hace la observación de la no disponibilidad de los elementos para la realización del lavado de manos.	Monitorear de forma permanente el desarrollo de las acciones implementadas, según lo establecido en el mapa de riesgos.	
Se establece desde el comité de farmacia estrategia que incluya la vigilancia de los medicamentos desde la prescripción hasta el egreso del paciente Establecer cronograma de rondas de seguridad en servicios de las USS de subred sur Continuar con el alcance de apropiación en todas las unidades frente al programa de farmacovigilancia	50%	SI	Tunaj	Continuar con el alcance de apropiación en todas las unidades frente al programa de farmacovigilancia Realizar los algoritmos de naranjo a las RAM	15/07/2018	Hospitalización 0,83 Urgencias 0,063	SI	Las reacciones adversas a medicamentos se han presentado pero no se han considerado graves teniendo en cuenta la clasificación de algoritmo de naranjo.	30/08/2018	A las reacciones adversas presentadas, se les aplica el algoritmo de naranjo, y se han retomado las rondas de seguridad y capacitación en temas pertinentes como hemodiluciones y precauciones en polimedición.	Se debe continuar con la capacitación en el programa de farmacovigilancia y realizar la evaluación de la apropiación del mismo en las áreas rural y urbana	

FASES DE SEGUIMIENTO												
PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL Responsable de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles dentro de su proceso.					SEGUNDO ORDEN: SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL Responsable de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el				TERCER ORDEN: CONTROL INTERNO: Responsable de la evaluación Independiente del componente Administración de Riesgos FRECUENCIA ANUAL			
SEGUNDO TRIMESTRE DE AUTOCONTROL					EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE							
DESCRIPCION DE AVANCES DE MITIGACION	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS-SEGUIMIENTO	RECOMENDACIÓN - OCI	
Durante SEGUNDO trimestre de 2018, se mantiene la aplicación de la estrategia Embarazos todos por la vida, con el fin de fortalecer el seguimiento se configura un grupo interdisciplinario denominado "Angeles guardianes" quienes hacen el seguimiento hasta los 42 días postparto a todas las morbilidades maternas extremas. Se realizó la Auditoría a la GPC Control prenatal, Código rojo y Emergencia obstétrica. Se cumplió con auditoría de GPC materno perinatales de II trimestre.	0	NO	NA	NA	15/07/2018	0	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol, los soportes de la estrategia de Angeles guardianes reposan en Gestión del Riesgo y los de informes de Auditoría en Calidad	30/08/2018	Se observa que las estrategias implementadas para el fortalecimiento del seguimiento a las gestantes, han sido positivas ya que en las unidades se cuenta con un ingreso preferencial, sin demoras para su atención, para prevenir eventos adversos y materialización del riesgo. Los colaboradores han sido capacitados, tanto los facturadores como el personal asistencial, aplicando la identificación de la gestante desde el ingreso al servicio de atención de la UUS tunal, Meissen y Carmen.	Continuar la monitorización de las acciones implementadas según lo establecido en el mapa de riesgos	
Durante el segundo trimestre, se adelantó la actualización de los procedimientos de la etapa precontractual, contractual y pos contractual de bienes y servicios. En trámite de normalización con Calidad	NA	NO	NA	NA	15/07/2018	NA	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol, los soportes reposan por parte de autocontrol	28/08/2018	En el periodo de seguimiento, no se observan evidencia ni se conoce denuncia de materialización del riesgo.	Continúa aplicando los procedimientos o lineamientos establecidos por la entidad para la contratación, dando cumplimiento con ejecución del PAAC según lo establecido.	
En segundo trimestre se avanzó en la actualización de los procedimientos "precontractual" y "gestión contractual de contratos de prestación de servicios" con fortalecimiento de actividades y controles para cumplir con la oportunidad de publicación en SECOP, ambos procedimientos están en trámite de normalización con Calidad.	NA	NO	NA	NA	15/07/2018	NA	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol, los soportes reposan por parte de autocontrol	29/08/2018	Si bien, se ha avanzado en la actualización de los procedimientos "precontractual" y "gestión contractual de contratos de prestación de servicios" está pendiente el cumplimiento de las acciones de mitigación.	Se sugiere dar cumplimiento a la implementación del total de las acciones descritas en el Plan para la mitigación del riesgo.	

FASES DE SEGUIMIENTO												
PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL Responsable de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles dentro de su proceso.					SEGUNDO ORDEN: SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL Responsable de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el				TERCER ORDEN: CONTROL INTERNO: Responsable de la evaluación Independiente del componente Administración de Riesgos FRECUENCIA ANUAL			
SEGUNDO TRIMESTRE DE AUTOCONTROL					EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE							
DESCRIPCION DE AVANCES DE MITIGACION	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS-SEGUIMIENTO	RECOMENDACIÓN - OCI	
A nivel de subred opera el Manual de Contratación, el cual incluye lineamientos de operación en las diferentes fases de contratación: pre, con y post contractual que aplican para la supervisión de contratos. Dicho manual se ha socializado por diferentes canales de forma continua.	100	NO	NA	NA	15/07/2018	100	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol, los soportes reposan por parte de autocontrol	29/08/2018	Se evidencia falencias en el desarrollo de las actividades de supervisión, en razón a que el proceso contratación maneja número significativo de contratos en trámite para liquidación, modificación, ajustes por prorrogas y/o finiquito de la relación contractual.	Se debe concienzar a los supervisores, sobre la responsabilidad e importancia del desempeño de esta actividad, así como el control que se debe realizar a la ejecución de los contratos.	
Se elaboró una lista de chequeo que contempla los requisitos que debe presentar los proponentes o posibles contratistas interesados en vincularse con la subred, la cual es revisada por profesionales de contratación	100	NO	NA	NA	15/07/2018	100	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol, los soportes reposan por parte de autocontrol	29/08/2018	En el periodo de seguimiento, no se observan evidencia de materialización del riesgo.	Monitorear la ejecución de los instrumentos o lineamientos establecidos por la entidad para la contratación en fase precontractual.	
A segundo trimestre de 2018 se mantuvo la realización asistencia técnica a los informadores relacionada con las temáticas del Manual de atención al usuario y aplicación de pretest y posttest en las diferentes temáticas del manual con retroalimentación a los colaboradores. Se suministraron a los informadores y orientadores piezas comunicativas y fichas educativas que facilitan la orientación al ciudadano.	NA (MEDICION ANUAL)	NA	NA	NA	15/07/2018	NA (MEDICION ANUAL)	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol, los soportes reposan por parte de autocontrol	30/08/2018	No se observa evidencia de materialización del riesgo.	Continuar con el desarrollo de las acciones de mitigación del riesgo, administrando los controles implementados.	
A segundo trimestre 2018 se mantuvo el desarrollo de acciones de autocontrol programadas y se fortalece el cierre del ciclo de respuesta de PQRS, con la aplicación de la técnica de medición de satisfacción de teleauditoría, igualmente se realizaron acciones de coordinación con humanización para intervención de quejas asociadas a trato deshumanizado. Se mantiene el seguimiento de oportunidad de respuesta a PQRS en los términos de ley estipulados	100%	100%	NA	NA		100%	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol, los soportes reposan por parte de autocontrol	30/08/2018	No se observa evidencia de materialización del riesgo en el periodo de seguimiento.	Continuar con el desarrollo de las acciones de mitigación del riesgo, administrando los controles implementados y dando cumplimiento al indicador propuesto.	

FASES DE SEGUIMIENTO												
PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL Responsable de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles dentro de su proceso.					SEGUNDO ORDEN: SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL Responsable de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el				TERCER ORDEN: CONTROL INTERNO: Responsable de la evaluación Independiente del componente Administración de Riesgos FRECUENCIA ANUAL			
SEGUNDO TRIMESTRE DE AUTOCONTROL					EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE							
DESCRIPCION DE AVANCES DE MITIGACION	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS-SEGUIMIENTO	RECOMENDACIÓN - OCI	
Seguimiento a documentación presentada del control técnico de los vehículos Seguimiento a los causales de accidentes de tránsito y realizar las acciones de mejoramiento.	0%	NO	NA	NA	15/07/2018	0%	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol. Los soportes reposan por parte de autocontrol	30/08/2018	No se observa evidencia de materialización del riesgo en el periodo de seguimiento.	Dar cumplimiento con el total de las acciones implementadas en el plan, administrar los controles implementados de forma oportuna.	
Durante el segundo trimestre se mantuvieron la aplicación de acciones de mitigación programadas tanto a nivel de operación de las formas, como de realización de asambleas. Se cumple con el reporte de informe trimestral de participación comunitaria con envío a SDS. Permanecen 260 usuarios conformando los espacios comunitarios	100%	100%	NA	NA		100%	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol. Los soportes reposan por parte de autocontrol	30/08/2018	No se observa evidencia de materialización del riesgo en el periodo de seguimiento.	Dar cumplimiento a las acciones implementadas en el plan, enfatizar en el incentivo de la participación de los usuarios para la conformación de la asociación.	
Durante segundo trimestre de 2018, se continuo con despliegue de lineamientos de comunicaciones por los diferentes canales, se normalizo documentación asociada como procedimiento de comunicación organizacional, Se estandarizo el formato de la encuesta de comunicaciones para medir la eficacia y efectividad de los medios de comunicación. En zona rural se implemento la estrategia "SUBRED SUR RURAL" que consiste en difundir de información institucional teniendo las características geográficas, sociales y económicas de la zona, mediante la implementación de la Emisoras "sintonizate con la salud" y el Boletín Subred Sur Rural	90	NO	NA	NA	15/07/2018	90	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol, los soportes reposan por parte de autocontrol	28/08/2018	la comunidad participa a través de la Junta Directiva y Copaco.	Desarrollar todas las acciones programadas e implementar correctivos a que allá lugar según resultados obtenidos del indicador trazado.	
Se han cumplido con las acciones programadas asociadas a comunicaciones en el tiempo establecido	NA	NO	NA	NA	15/07/2018	NA	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol. Los soportes reposan por parte de autocontrol	28/08/2018	La entidad cuenta con mecanismos, medios de comunicación y guía de referencia para el manejo de la imagen institucional. Se aplican encuestas de satisfacción	Continuar cumplido con las acciones programadas para mejorar la imagen institucional en el tiempo establecido.	
Se mantiene el desarrollo de acciones reportadas en primer trimestre con implementación del Manejo de kardex en centros de atención con stock mínimos. Se han socializado a través del químico farmacéuta el procedimiento gestión integral del medicamento en el punto de uso. Se cuenta con el servicio de mensajería diario que permite contar con lo medicamentos de forma oportuna en las unidades rurales.	90	NO	NA	NA	17/07/2018	99%	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol. Los soportes de cumplimiento reposan en Farmacia.	30/08/2018	Las acciones realizadas en la mitigación del riesgo, soportan la no materialización del mismo. Se observa que los controles han sido aplicados en la zona rural, mediante las rondas que se realizaron por la oficina de control interno.	Continuar la monitorización de las acciones implementadas según lo establecido en el mapa de riesgos	

FASES DE SEGUIMIENTO												
PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL Responsable de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles dentro de su proceso.					SEGUNDO ORDEN: SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL Responsable de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el				TERCER ORDEN: CONTROL INTERNO: Responsable de la evaluación Independiente del componente Administración de Riesgos FRECUENCIA ANUAL			
SEGUNDO TRIMESTRE DE AUTOCONTROL					EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE							
DESCRIPCION DE AVANCES DE MITIGACION	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS-SEGUIMIENTO	RECOMENDACIÓN - OCI	
Se mantiene el desarrollo de acciones reportadas en primer trimestre con fortalecimiento de socialización del protocolo de prevención de fuga de pacientes	1	SI	ECOTERAPIA	Se fortaleció el protocolo de fuga de pacientes, reforzando los cuadrantes de búsqueda. Se articularon acciones conjuntas entre equipo asistencial y equipo de vigilancia para minimizar riesgos asociados a la reincidencia de este tipo de eventos	18/07/2018	1	SI	Se confirma información reportada por el Autocontrol. Los soportes reposan en seguridad del paciente.	31/08/2018	Teniendo en cuenta la definición de riesgo en salud como, probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, debe reformularse el mismo como que lo puede ocasionar la fuga mas no como su materialización. Igualmente el indicador debe permitir monitorear las posibles causas que llevan a que el paciente abandone las instalaciones del servicio sin indicación médica y/o consentimiento de la institución, considerando este como un incidente, en el entendido de que el evento alerta a la institución sobre fallas en el control de la salida del paciente durante la atención SIN ocasión de daño dentro de la misma.	El Protocolo de para la Prevención de Fugas de Pacientes Hospitalizados EA-HOS-PT-37 V1 debe ajustarse, definiendo con especificidad las actividades tanto preventivas como de manejo para las condiciones especiales de los pacientes y de la Unidad Ecoterapia- Nazareth, tal como se registra en los seguimientos de la matriz de riesgos. Posteriormente se debe socializar a todos los colaboradores que se deben adherir a este Protocolo, dando cumplimiento a un indicador de socialización con su respectivo cronograma.	
Durante el segundo trimestre de 2018 se actualizo y normalizo el Programa de Humanización, disponible en la intranet. Se fortaleció el trabajo en equipo entre humanización, servicio al ciudadano y talento humano para implementar estrategias para mejorar la comunicación y ambiente entre cliente interno y externo.	66% Satisfacción usuario interno (INSTITUCIONAL) 63% Satisfacción usuario interno - Ruralidad	NO	NA	NA	15/07/2018	66% Satisfacción usuario interno (INSTITUCIONAL) 63% Satisfacción usuario interno - Ruralidad	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol y los soportes reposan en la Dirección de Talento Humano y Servicio al ciudadano según corresponda	29/08/2018	El riesgo por afectación del clima laboral, agresión entre clientes internos y/o externos. El desarrollo de las acciones está en el proceso de Desarrollo Institucional. En el periodo de seguimiento, no se observan evidencia de materialización del riesgo.	Está OCI, impulsa a que el riesgo sea atendido por el proceso de Talento Humano, responsable del manejo del clima laboral de la Entidad.	
En el segundo trimestre se da inicio a las mesas técnicas de ruralidad en las cuales se llevara a cabo el ejercicio del ejercicio analítico y participativo para la construcción del diagnóstico local que visibilice las acciones e impacto de la ruralidad. Así mismo se contrato por OPS una profesional para operacionalizar la Política de Ruralidad. Se implementaron diversas estrategias desde comunicaciones para visibilizar las acciones de impacto desarrolladas en la ruralidad tales como: boletín de la subred Sur, la emisora "sintonízate con tu Salud", información de salas de espera, entre otros	100	NO	NA	NA	15/07/2018	100	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol, los soportes de socialización de Política de Ruralidad y reuniones de la mesa de Ruralidad están en custodia del componente de Gobernanza. Los soportes de estrategias de comunicaciones reposan en dicho proceso	30/08/2018	De acuerdo a los lineamientos de la Subred para la solicitud de insumos, el área se acogió teniendo como parámetros los siguientes pasos: Cada espacio pasa solicitud por medio de la matriz que contiene cada uno de los insumos, posteriormente se consolida y se sube a Dinámica Gerencial que es el aplicativo que nos controla los pedidos y entregas, se espera una semana al cabo de la cual se recibe llamada de suministros para recoger los insumos. Una vez se reciben los insumos se procede a distribuir por espacio, se registra mediante acta. De acuerdo a la capacitación a los líderes, se ha realizado de manera verbal a los líderes de espacios y componentes. Las estrategias realizadas cumplen con la mitigación del riesgo formulado	Continuar la monitorización de las acciones implementadas según lo establecido en el mapa de riesgos	

FASES DE SEGUIMIENTO												
PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL Responsable de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles dentro de su proceso.					SEGUNDO ORDEN: SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL Responsable de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el				TERCER ORDEN: CONTROL INTERNO: Responsable de la evaluación Independiente del componente Administración de Riesgos FRECUENCIA ANUAL			
SEGUNDO TRIMESTRE DE AUTOCONTROL					EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE							
DESCRIPCION DE AVANCES DE MITIGACION	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS-SEGUIMIENTO	RECOMENDACIÓN - OCI	
Durante segundo trimestre de 2018, se realizó la capacitación de las actividades a desarrollar a nivel extramural con colaboradores del PIC de la Ruralidad, y se mantienen el desarrollo del Plan de SST con medición de avance	0	NO	NA	N.A	23/07/2018	0	NO	Se confirma información registrada por el autocontrol, los soportes de cumplimiento de las acciones de mitigación como de los indicadores reposan en TALENTO HUMANO. Lo referente a capacitación de alcance de acciones extramurales esta en custodia de PIC.	29/08/2020	No se observa evidencia de materialización del riesgo, se han realizado por parte de la oficina de Seguridad y salud en el trabajo: la identificación de peligros en la zona rural, programas de vigilancia epidemiológica, programa con diagnóstico psicosocial basado en la resolución 2646 del 2008, Prevención de lesiones musculoesqueléticas, las amenazas y el plan de emergencia, simulacros, brigadistas y las respectivas capacitaciones a los colaboradores.	Se continúe con el desarrollo de las acciones implementadas en el plan con alcance del 100% de lo registrado.	
Las GPC y/o procedimientos clínicos están publicados en la intranet para consulta del equipo asistencial según servicio. De forma presencial se ha iniciado la difusión por parte de los referentes de las diferentes especializadas en los servicios críticos. Frente evaluación de adherencia, se cumple con el monitoreo de las auditorías a las GPC priorizadas según perfil de morbilidad de los servicios.	60	NO	NA	NA / Se esta realizando mesas de trabajo desde la oficina de gestión del conocimiento para aumentar mas guías de practica clinica y poder fortalecer el area de auditoria par evaluar las adherencias de estas.	15/07/2018	60	NO	se confirma la informacion registrada por autocontrol. Los soportes reposan en custodia de Referente PAMEC. RIESGO NO MATERIALIZADO	31/08/2018	El alcance del cumplimiento de las actividades planteadas debe registrarse con especificidad en la matriz de riesgo, acorde con la priorización realizada.	Teniendo en cuenta que se prioriza por perfil de morbilidad y servicios críticos, la socialización de las GPC y seguimiento a la adherencia según programación PAMEC, se recomienda disgregar por cada documento el riesgo específico que se ha identificado con su correspondiente administración acorde a matriz de riesgos institucional, permitiendo así especificar y monitorizar los riesgos causales de muerte o lesión del usuario para cada patología.	
Se cuenta con PLAN DE CONTINGENCIA (lectura muestras de laboratorio con externo), no obstante existen factores asociados como distancia geografica en zona rural que afecta la mitigación del riesgo		SI	TODAS DONDE HAY LABORATORIO	PAGO DE PROVEEDORES, STOCK	15/07/2018		SI	Se confirma información reportada por autocontrol. Riesgo Materializado	30/08/2018	Se materializa el riesgo, ya que los controles aplicados no lo mitigan. Se dificulta la aplicación de los mismos por la ubicación en la zona rural	Aplicación de estrategias efectivas para controlar la materialización del riesgo	
A segundo trimestre 2018 se realizo socializacion de los nuevos Protocolos del INS a los profesionales de Ruralidad en el Comité operativo de Vigilancia epidemiologica, y se encuentran publicados en el proceso de Gestion del Riesgo - documentos externos en la Intranet. Se mantiene el seguimiento a la notificación a eventos de interés en Salud Pública en USS rurales, con la debida gestion e investigacion epidemiológica de campo.	100%	NO	NA	NA	23/07/2018	100%	NO	Se confirma información registrada por el autocontrol, los soportes de cumplimiento de las acciones de mitigación como de los indicadores reposan en Vigilancia epidemiologica	30/08/2018	Los controles realizados mitigan el riesgo. Se ha realizado inducción de eventos de interés en salud pública al personal nuevo, inclusión en el cronograma de capacitaciones de la subred sur, con la aplicación de un pre y post les para medir la apropiación. De acuerdo a estas capacitaciones se observa aumento en los porcentajes de notificación en algunas de las unidades.	Continuar la monitorización de las acciones implementadas según lo establecido en el mapa de riesgos	
Se cumplio con el desarrollo de acciones programadas por parte del autocontrol	NA	NO	NA	NA	21/07/2018	90	NO	Se confirma informacion reportada por autocontrol. Las evidencias reposan en facturación y sistemas en lo referente a mantenimiento del sistema,	30/08/2018	Las evidencias soportan la mitigación del riesgo y evita su materialización. Las evidencias soportan la mitigación del riesgo y evita su materialización, sin embargo se observa la falta de disponibilidad de agendas en los servicios de: ginecología, optometría, terapias, y otras especialidades, las cuales afectan la oportunidad del servicio. Se observa que al finalizar el mes, la disponibilidad de citas en las diferentes unidades de atención de la Sub Red Sur afecta la atención, por devolver al usuario para la siguiente semana, y la utilización del call center distrital, no soluciona la demanda.	Continuar la monitorización de las acciones implementadas según lo establecido en el mapa de riesgos	

FASES DE SEGUIMIENTO												
PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL Responsable de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles dentro de su proceso.					SEGUNDO ORDEN: SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL Responsable de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el				TERCER ORDEN: CONTROL INTERNO: Responsable de la evaluación Independiente del componente Administración de Riesgos FRECUENCIA ANUAL			
SEGUNDO TRIMESTRE DE AUTOCONTROL					EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE							
DESCRIPCION DE AVANCES DE MITIGACION	% CUMPLIMIENTO INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS-SEGUIMIENTO	RECOMENDACIÓN - OCI	
Se cumplió con el desarrollo de acciones programadas por parte del autocontrol	NA	NO	NA	NA	21/07/2018	80	NO	Se confirma información reportada por autocontrol. Las evidencias reposan en facturación y sistemas en lo referente a mantenimiento del sistema,	30/08/2018	No se ha materializado el riesgo, sin embargo se observa la falta de adherencia al Protocolo de Identificación del Paciente MIPT07V2, por parte de los colaboradores, quienes no lo saben ubicar en la intranet para su consulta a pesar de su socialización por parte del área de calidad en las diferentes unidades de la SubRed Sur.	Desde la OCI, observamos la falta de adherencia del Protocolo de identificación de pacientes por la carencia del uso de la manilla de identificación del menor de 7 años y su acompañante.	
A segundo trimestre 2018, se cumplieron las acciones programadas, se realizó socialización de los ajustes de HC iniciando con equipo de salud Rural en USS Nazareth Y san Juan y se inicio medicion de adherencia.	45	NO	NA	NA	21/07/2018	90	NO	Se confirma información reportada por autocontrol. Las evidencias reposan en facturación y sistemas en lo referente a mantenimiento del sistema,	30/08/2018	El riesgo no se ha materializado por la implementación de las medidas adoptadas. Se ha implementado el sistema de alertas en diferentes aspectos de la atención como son: formulación de medicamentos, evaluación del riesgo del paciente, asignación de citas, aislamiento, dietas, disponibilidad de medicamentos en las farmacias. Estas alertas se han parametrizado de acuerdo a la solicitud de los profesionales asistenciales. De igual manera se ha fortalecido el sistema con el módulo de laboratorio clínico.	Se observa que en la historia clínica digital, aún no se ha implementado el uso del sistema de alertas, por lo que se recomienda implementarlo a corto plazo y de manera oportuna.	
En segundo trimestre el Manual de Gestión de Tecnología se unificó a nivel de Subred y está en fase de revisión por la Mesa de Acreditación de Tecnología, una vez aprobado se gestionará trámite de normalización con Calidad	0	NO	NA	NA	15/07/2018	0	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol mediante verificación del registro "Seguimiento al reporte y mantenimiento correctivo de equipos médicos" que reposa en custodia del área Biomédica	29/08/2018	No se evidencia la materialización del riesgo, sin embargo, no se cuenta con la publicación en la intranet y por ende hay conocimiento del personal responsable de realizar el traslado de los equipos.	Continuar con el desarrollo de las actividades registradas e implementadas en este mapa de riesgos, dando cumplimiento al total de las acciones.	
En segundo trimestre el Manual de Gestión de Tecnología se unificó a nivel de Subred y está en fase de revisión por la Mesa de Acreditación de Tecnología, se incluyó en el índice de obsolescencia condiciones particulares de Ruralidad para hacer la valoración, una vez aprobado se gestionará trámite de normalización con Calidad	2	SI	ARETH - SAN	La Planta eléctrica Nazareth y el compresor odontológico estuvieron fuera de servicio en el trimestre 2018, se realiza el respectivo mantenimiento de los dos equipos y se da capacitación a personal de odontología sobre el manejo de compresor y acciones a realizar en caso de presentar el mismo funcionamiento anormal.	15/07/2018	0	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol mediante verificación del registro "Seguimiento al reporte y mantenimiento correctivo de equipos médicos" que reposa en custodia del área Biomédica	29/08/2018	Si bien no se observa información reportada por el autocontrol sobre falta de equipos en el registro "Seguimiento al reporte y mantenimiento correctivo de equipos médicos" que reposa en custodia del área Biomédica, es necesario se unifique con el sistema de notificación de eventos o fallas en la atención del programa de seguridad del paciente.	Continuar con el desarrollo de las actividades programadas en el Plan.	
En segundo trimestre el Manual de Gestión de Tecnología se unificó a nivel de Subred y está en fase de revisión por la Mesa de Acreditación de Tecnología, se incluyó en el índice de obsolescencia condiciones particulares de Ruralidad. Se instalaron los equipos de medición de humedad en áreas críticas para el almacenamiento de equipos biomédicos y se realizó capacitación al personal asistencial sobre el manejo de termohigrómetros y almacenamiento de equipos médicos	0	NO	NA	NA	15/07/2018	0	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol mediante verificación del registro "CUADRO CONTROL EQUIPO BIOMEDICO" que reposa en custodia del área Biomédica. Riesgo No materializado producto de controles implementados	29/08/2018	No se evidencia la materialización del riesgo, sin embargo, verificada la intranet se observa que a la fecha de este seguimiento no está publicado el manual de tecnología.	Continuar con el tratamiento de las acciones y/o actividades implementadas en el plan.	