Matriz de Riesgos Institucional 2018

NOMBRE DEL PROCESO : MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2018
OBJETIVO DEL PROCESO: Identificar, analizar y controlar los posibles hechos generadores de riesgos, tanto al interior como al exterior de la entidad.
DEPENDENCIA Y/O AREA: RESPONSABLE: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E
CARGO Y/O ACTIVIDAD DEL LIDER RESPONSABLE : Oficina de Planeación Estratégica

IDENTIFICACIÓN									ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO									PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO					
						CAUSAS								CONTROLES EXISTENTES									
No	SUBPROCESO / SERVICIO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	AREA DE IMPACTO	TIPOLOGIA	INTERNAS	EXTERNAS	CONSECUENCIAS/ EFECTOS	PROBABILIDAD		IMPACTO		RIESGO INHERENTE / ZONA DE RIESGO	NATURALEZA DE LOS CONTROLES PREVENTIVOS CORRECTIVOS DETECTIVOS	CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	RIESGO RESIDUAL / ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO DEL RIESGO: - EVITAR - REDUCIR - COMPARTIR O TRANSFERIR - ASUMIR	ACCIONES A IMPLEMENTAR	CRONOGRAMA DE LAS ACCIONES	INDICADOR DEL RIESGO	META DEL INDICADOR	RESPONSABLE (ÁREA / CARGO)	ESCALA DE MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO
1	Gestión del Ambiente Físico Servicios deApoyo y Tercerizados Ser. Generales	No suministro de ropa a los servicios	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Operativos	1. Servicios no prestados por falta de ropa hospitalaria 2. Problemas en la contratación 2. Problemas en el pago al proveedor.	1. Cierre de vías por algún paro en la ciudad que impidan llegar los vehículos que traen la ropa con la empresa contratada. 2.La empresa contratante levante el puesto por motivos de pago. 3.Que no existan recursos financieros para adicionar o elaborar contratos 4. No haya continuidad en la contratación de operarios contratistas.	1. Suspensión de Cirugías. 2. No hospitalización Pacientes. 3. Servicios descubiertos y sobre carga de trabajo.	2	Improbable	5	CATASTRÓFICO	10 Extrema	PREVENTIVOS	100	5 Alta	Evitar	1, Hacer seguimiento y control al contrato en su ejecucion. 2, Mantener un Inventario de Ropa de la ropa existente de cada una de la unidades de la SUBRED. 3,Contar con stock ropa desechable y en tela. 4,Tener documentado plan de contingencia por parte del proveedor del servicio.	Semestral...	1, Numero de kilos de ropa entregada / Numero de kilos de ropa solicitada x 100. % de ejecución del contrato de Ropa a dic 31 de 2017.	100%	Servicios generales	No hay datos como subred
2	Gestión del Ambiente Físico Servicios deApoyo y Tercerizados Ser. Gerenales	Probabilidad de inatenciones y dificultades en las USS por falta de continuidad en la prestación de servicios de vigilancia y aseo	Personas	Recursos Financieros	operativos	1. Servicios no prestados por falta de personal de aseo y guardas de seguridad 2. Demoras en la contratacion de los diferentes proveedores 3. Demoras en el pago a proveedores	1. Incumplimiento en las entrgas de materiales por pate del proveedor 2. Traslados de materiales a los diferentes centros de forma inoportuna 3. Disponibilidad de materiales o repuestos en el mercado. 4. Inconformidd de los usuarios	1. Deficiencias en la prestación del servicios 2. Insatisfacción de usuarios y colaboradores. 3. Propiciar condiciones para el aumento de infecciones y eventos adversos 4. Deterioro en las instalaciones e infraestructura.	4	Probable	4	MAYOR	16 Extrema	Preventivos, correctivos, detectivos	75	12 Extrema	Evitar	1, Hacer seguimiento y control al contrato en su ejecucion. 2,Tener plan de contingencia documentado por parte del proveedor del servicio.	Semestral...	No. de colaborodores contratados / No de colaboradores laborando . % de ejecución del contrato de Vigilancia a dic 31 de 2017.	90%	Coordinador de mantenimiento e infraestructura	No hay datos como subred
3	Gestión del Ambiente Físico Gestion Ambiental	Incumplimiento en la Gestión Ambiental institucional , de acuerdo a lo establecido en la Política ambiental y en el Plan Institucional de gestión ambiental (PIGA)	Procesos	Ambiente	De Cumplimiento	1. Desconocimiento e incumplimiento de las normatividad ambiental vigente. 2. Falta de adherencia y cumplimiento al PIGA (Falta de cumplimiento de los objetivos y metas establecidas en los programas ambientales) y PGIRH (Plan de Gestion Integral de Residuos Hospitalarios).	1. Cambio de la legislación o regulación 2. Incumplimiento en las entrgas de materiales	1. Daño, deterioro o contaminación del ambiente. 2. Agotamiento de los recursos naturales 3. Sanciones, posibles hallazgos como resultado de auditorias de entes de vigilancia y control. 4. Daños y efectos en la salud asociados a generacion de residuos peligrosos.	3	Posible	4	MAYOR	12 Extrema	preventivos CORRECTIVOS	85	4 Alta	EVITAR	1.Cumplimiento de la normatividad ambiental vigente. 2. 2. Cumplimiento de los Programas, Objetivos y metas del PIGA (Plan Institucional de Gestion Ambiental) concertados con la Autoridad ambiental. y PGIRH.	Tercer Trimestre	1 - Cumplimiento del Numero de actividades del Plan de Gestion ambiental Ejecutadas/ Numero de actividades Programadas del Plan de Gestion ambiental X 100.	90%	Direccion administrativa - Proceso de Gestion Ambiental.	No hay datos como subred
4	Gestión del Ambiente Físico Gestion de la tecnologia	Afectación en la continuidad y calidad de la prestación del servicio a los usuarios por fallas, ausencia y obsolecencia de equipos biomédicos, ya sea por daño fortuito o soporte inoportuno de equipos.	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	De Tecnología	1. No adherencia a los manuales de funcionamiento de los equipos por tanto del responsable de su uso 2. Falta de capacitación y/o entrenamiento en manejo de equipos biomédicos 3. Compra de equipos biomédicos defectuosos, o fallas de revisión de equipos biomédicos y de apoyo adquiridos en subred 4. Demora en la respuesta a necesidades de mantenimiento de equipos biomédicos 5. No hay identificación y analisis adecuado de las necesidades del proceso de atención 6.No hay interacción entre los diferentes procesos para el analisis y adquision de la tecnologia 7. No priorizar los equipos de acuerdo a las necesidades identificadas 8. No inclusión en los planes de compra de equipos biomédicos requeridos. 9. Falta de oportunidad en la aprobación y compra de lo propuestado en el Plan de Renovación. 10. Seguimiento inadecuado del ciclo	1. No adherencia a los manuales de funcionamiento de los equipos por tanto del responsable de su uso 2. Falta de capacitación y/o entrenamiento en manejo de equipos biomédicos 3. Compra de equipos biomédicos defectuosos, o fallas de revisión de equipos biomédicos y de apoyo adquiridos en subred 4. Demora en la respuesta a necesidades de mantenimiento de equipos biomédicos 5. No hay identificación y analisis adecuado de las necesidades del proceso de atención 6.No hay interacción entre los diferentes procesos para el analisis y adquision de la tecnologia 7. No priorizar los equipos de acuerdo a las necesidades identificadas 8. No inclusión en los planes de compra de equipos biomédicos requeridos. 9. Falta de oportunidad en la aprobación y compra de lo propuestado en el Plan de Renovación. 10. Seguimiento inadecuado del ciclo de vida de la tecnología.	1. Sucesos de seguridad con afectación a usuarios 2. Demandas 3. Insatisfacción de los usuarios 4. Afetación de la imagen institucional. 5. Perdida de pagadores. 6.Afectación Financiera de la entidad. 7.inhabilitación de servicios.	3	Posible	4	MAYOR	12 Extrema	Correctivo	70	9 Alta	REDUCIR	1. Programa de tecnovigilancia 2. Ejecución de capacitaciones y acompañamiento en tecnovigilancia 3. Hojas de vida de equipos biomédicos 4. Capacitaciones en tecnovigilancia 5.Capacitación del uso de la tecnología. 6.Rondas de verificación de necesidades de dotación de los servicios a proveedores.	Semestral	Número de equipos renovados en la vigencia. Numero de Equipos fuera de servicio por repuestos/ Numero de equipos con fallas*100	70% 90%	Lider biomédico/ área de planeación/Activo fijos.	No hay datos como subred
5	Gestión del Ambiente Físico Gestion de la tecnologia	Ocasionar acto inseguro por no seguir las buenas prácticas de equipos.	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Seguridad del usuario	1. No adherencia a los manuales de funcionamiento de los equipos por tanto del responsable de su uso 2. Falta de capacitación y/o entrenamiento en manejo de equipos biomédicos 3. Compra de equipos biomédicos defectuosos, o fallas de revisión de equipos biomédicos y de apoyo adquiridos en subred 4. Demora en la respuesta a necesidades de mantenimiento de equipos biomédicos 5. No hay identificación y analisis adecuado de las necesidades del proceso de atención 6.No hay interacción entre los diferentes procesos para el analisis y adquision de la tecnologia 7. No priorizar los equipos de acuerdo a las necesidades identificadas 8. No inclusión en los planes de compra de equipos biomédicos requeridos. 9. Falta de oportunidad en la aprobación y compra de lo propuestado en el Plan de Renovación.	1. Congelamiento del servicio por incumplimiento del pago a proveedores 2. No contar con el suficiente personal para cubrir la base instalada de la subred 3. No tener la información verídica de los bienes a intervenir. 4.Falta de ccompromiso del tercero en la entrega de los equipos, insumos y repuestos necesarios para la continuidad del servicio. 5. Defectos de calidad de los bienes y servicios entregados con el paso del tiempo. 6. Poca o nula expertícia en el tema.	1. Diagnósticos errados, incidentes o eventos adversos 2. Demandas, quejas y reclamaciones que afectan la calidad de los servicios prestados 3. Elevación de costos daño a la imagen institucional.	2	Improbable	5	CATASTRÓFICO	10 Extrema	Preventivo	100	5 Alta	EVITAR	1. Realizar formato de ficha técnica para la adquisicion de equipos, en el cual se incluyan variables como especificaciones, accesorios y documentos 2. Verificación de la pericia especifica del personal técnico 3.Capacitaciones del personal que manipula la tecnología en la parte técnica.	Semestral	No. de susesos de seguridad gestionados correspondientes al proceso / No. total de sucesos reportados correspondientes al proceso	100%	tecnovigilancia	No hay datos como subred
6	Gestión del Ambiente Físico Almacen - Inventarios	Probabilidad de fallas en la atención por vencimiento de insumos	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Operativos	Falta de planeación y supervisión. Desconocimiento procedimiento de control de fechas de vencimiento		Ejecución inadecuada de los contratos y desabastecimiento de los servicios. Perdida económica	3	Posible	4	MAYOR	12 Extrema	Preventivo	75	8 Alta	Reducir Compartir o transferir	Documentar y aplicar conciliación mensual conlos almacenes con el fin de verificar el control a las fechas de vencimiento de los medicamentos y dispositivos médicos.	Trimestral	Reporte mensual del sistema con fechas de vencimiento	1	Inventarios / Profesional Especializado	No hay datos como subred
7	Gestión del Ambiente Físico Almacen - Inventarios	Probabilidad de fallas en la atención por desabastecimiento de insumos	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Operativos	No solicitud o inoportunidad en la solicitud de pedidos a los supervisores. No existencia de contratos Falta de supervisión contractual Disminución del flujo de efectivo para el pago a proveedores. No oportunidad en la entrega del contrato legalizado a almacén	Incumplimiento de las obligaciones contractuales	Fallas o retardos en la prestación de los servicios.	3	Posible	4	MAYOR	12 Extrema	Preventivo	100	4 Alta	Reducir	Verificar y controlar los pedidos periodicos de insumos realizados a los proveedores desde los almacenes a los supervisores	Trimestral	# de pedidos realizados desde almacen a los supervisores	1	Inventarios / Profesional Especializado	No hay datos como subred
8	Gestión de Contratación	Falta de competencia técnica en la ejecución de los procesos de supervisión y evaluaciones contractuales	Personas	Información y Conocimiento	Operativos	1, Falta de Personal competente. 2. Falta de capacitacion a los supervisores. 3. Desconocimiento de la Normatividad vigente, Manual de Contratacion y Procedimiento asociado. 4. Rotacion de funcionarios y/o colaboradores que son designados como supervisores.	N/A	1. Detrimento patrimonial. 2. Sanciones de tipo Administrativo, disciplinario, fiscal y/o penal.	3	Posible	5	CATASTRÓFICO	15 Extrema	Preventivo	100	5 Alta	EVITAR	1. Contratar personal idoneo para ejercer supervisiones. 2. Capacitar a los funcionarios y/o colaboradores que son designados para el ejercicio de la supervision y evaluadores 3. Establecer formatos para el ejercicio de la supervision en el desarrollo contractual.	Trimestral	SUPERVISORES CAPACITADOS/SUPERVISORES DESIGNADOS	100%	DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	No hay datos como subred
9	Gestión de Contratación	Ejecucion de la contratacion sin el cumplimiento de los requisitos legales.	Personas	Información y Conocimiento	De Cumplimiento	1. Desconocimiento del manual para la supervision del contrato por parte de los supervisores. 2. Renuencia del contratista a atender los requerimientos de la entidad. 3. Demoras en la entrega del contrato perfeccionado por el contratista. 4. Temas de cartera que demoran el proceso de firmas del contrato. 5. Expedición errada de las garantias. 6. Recibo de insumos o servicios sin perfeccionar el contrato	N/A	1. Demandas Administrativas a la entidad. 2. Detrimento patrimonial. 3. Sanciones de tipo Administratyivo, disciplinario, fiscal y/o penal	2	Improbable	5	CATASTRÓFICO	10 Extrema	Preventivo	100	5 Alta	EVITAR	1. Capacitaciones a Supervisores. 2. Planeacion de la contratacion. 3. Notificaciones a supervisores con todo el cumplimiento de los requisitos de legalizacion para inicio de la ejecucion.	MENSUALES	No. CONTRATOS LEGALIZADOS / TOTAL DE CONTRATOS PROYECTADOS	100%	DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN	No hay datos como subred
10	Gestión Financiera Cartera y glosas, Mercadeo y Jurídica	Insuficiencia de recursos para el pago de las obligaciones	Procesos	Recursos Financieros	Operativos	Incumplimiento en las fechas de radicación No realizar con anterioridad la pre-auditoría de las cuentas a radicar Incumplimiento en el plan de ventas Inoportunidad en la presentación de las cuentas Inadecuada gestión de cobro por parte de cartea Inoportunidad en la gestión de glosas Subfacturación de los servicios prestados Falencias en el sistema de información	Cambio de normatividad en el sistema de seguridad social. Falta de solvencia de pagadores Inconsistencia de información de pagadores (personas naturales).	Generación de intereses de mora por incumplimiento en el pago de obligaciones. No contar con la liquidez para el cumplimiento de las obligaciones contractuales. Detrimento patrimonial	3	Posible	5	CATASTRÓFICO	15 Extrema	Preventivo	100	5 Alta	EVITAR	*Realizar seguimiento al proceso de cobro persuasivo * Realizar cobro jurídico * Monitorear al plan de ventas * Responder oportunamente las objeciones a las cuentas dentro de los términos de ley * Monitorear de recaudo al efectivo diariamente *Realizar seguimiento a la facturación del 100% de lo facturado *Radicar oportunamente la facturación en los términos de Ley.	Bimestral	Porcentaje de cuentas por cobrar vencidas Porcentaje de cumplimiento del plan de ventas	80%	Profesional Universitario Facturación y Cartera Asesor Jurídico Profesional de Mercadeo	No hay datos como subred
11	Gestión TICS	Probabilidad de perdida de informacion por daño fisico en Hardware/infraestructura (servidores, computadores, equipos de respaldo, periféricos, modems, concentradores, switches, telefonía ip, Access Point)	Tecnologia	Información y Conocimiento	De Tecnología	Fallas técnicas en medios físicos destinados a soportar directa o indirectamente los servicios que presta la Subred, soporte de las aplicaciones informáticas y/o de la transmisión de datos originadas de forma deliberada, accidental (servidores, computadores, equipos de respaldo, periféricos, modems, concentradores, switches, telefonía ip, Access Point))	AMBIENTALES	* Pérdida de información * Imposibilidad de acceder a los sistemas de información * Disminución en valores facturados * Riesgos por Sanciones legales al no contar con información confiable, integra y disponible	4	Probable	4	MAYOR	16 Extrema	Preventivo	100	8 Alta	REDUCIR	1. Establecer cronograma y realizar mantenimiento preventivo los equipos priorizados 2. Realizar seguimiento y evaluación a estadísticas Mesa de ayuda (help Desk)	1. TRIMESTRAL 2. TRIMESTRAL	1. Numero de equipos con mantenimiento preventivo /Total de equipos priorizados 2. Número de soportes gestionados / Total soportes del periodo	1. 50% 2. 100%	Director Oficina TIC	No existen datos como Subred.
12	Gestión TICS	Probabilidad de perdida de informacion daño en Software/aplicaciones informáticas de la Subred Suroccidente (HIS, Almera, Correo electrónico, Sistemas de Gestión de Bases de Datos, Sistemas de respaldo)	Tecnologia	Información y Conocimiento	De Tecnología	Fallas de los sistema de información por mal funcionamiento de los aplicativos de la Subred errores de actualizaciones de versión, falta de mantenimiento de bases de datos, virus (HIS, Almera, Correo electrónico, Sistemas de Gestión de Bases de Datos , Sistemas de respaldo,Pagina Web, Correo Electrónico, intercambio electrónico de datos -Ship, sivicof, y otros informes a	NA	* Pérdida de información * Imposibilidad de acceder a los sistemas de información * Disminución en valores facturados * Riesgos por Sanciones legales al no contar con información confiable, integra y disponible	3	Posible	4	MAYOR	12 Extrema	Preventivo	75	4 Alta	REDUCIR	1. Levantar Activos de Informacion 2. % avance Implementación SGSI	1. SEMESTRAL	1. Inventarios de activos tecnológicos y de información actualizado / Inventario de activos tecnológicos e informáticos en las unidades priorizadas en el periodo. 2. Numero de actividades ejecutadas / Total de	100%	Director Oficina TIC	No existen datos como Subred.
13	Gestión TICS	Probabilidad de perdida de informacion por Daño en redes de comunicación propia y propiedad de terceros	Tecnologia	Información y Conocimiento	De Tecnología	Fallas en la plataforma de redes de comunicación, equipo propio y propiedad de terceros (red telefónica, antenas, enlaces, redes inalambricas, LAN, Internet)	NA	* Pérdida de información * Imposibilidad de acceder a los sistemas de información * Disminución en valores facturados * Riesgos por Sanciones legales al no contar con información confiable, integra y disponible	4	Probable	4	MAYOR	16 Extrema	Preventivo	75	8 Alta	REDUCIR	Establecer cronograma y realizar mantenimiento preventivo equipos priorizados	TRIMESTRAL	Numero de equipos con mantenimiento preventivo /Total de equipos de computo	1. 50%	Director Oficina TIC	No existen datos como Subred.
14	Gestión de la Calidad y Mejoramiento Continuo Gestión Clínica Excelente y Segura	Fallas en la clasificación de sucesos de seguridad del paciente	Personas	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Seguridad del usuario	1. Desconocimiento de las tipologias y características de sucesos de seguridad del paciente . 2.cobertura insuficiente en capacitación y entrenamiento en sucesode seguridad del paciente		1. Reincidencia de sucesos de seguridad 2. Demandas o sanciones 3. Pérdida de imagen	4	Probable	5	CATASTRÓFICO	20 Extrema	Detectivo	75	10 Extrema	EVITAR	1.Definir la metodologia para la gestion de sucesos de seguridad 2-Socializar la metodologia para registro y análisis de sucesos de seguridad a traves de las herramientas institucionales 3.Monitorear los sucesos de seguridad con implementacion de acciones de mejoramiento a lugar	MENSUAL	Porcentaje de sucesos de seguridad identificados : (número de sucesos de seguridad identificados / Total de sucesos de seguridad reportados el periodo)*100	Lograr que el 100% de los sucesos reportados esten adecuadamente clasificados en el periodo	Líder Subproceso Gestión Clínica Excelente y Segura	A nivel de subred linea de base de construcción
15	Gestión de la Calidad y Mejoramiento Continuo Humanización del servicio	Inefectividad de estrategias de humanizacion	Personas	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Estratégicos	1. Falta de corresponsabilidad del nivel directivo con la Humanización del Servicio 2. Desconocimiento de las estrategias encaminadas a Humanizar la prestación del Servicio 3. Rotación de personal e insuficiencia de personal 4. Falta de compromiso por parte de los colaboradores 5.Falta de capacitación, entrenamiento o supervisión frente a la implementación de la Cultura de la Humanización		1. Insatisfacción de los usuarios 2. Demandas 3. Pérdida de imagen	5	Casi Seguro	5	CATASTRÓFICO	25 Extrema	Correctivo	75	15 Extrema	Evitar	1. Diseñar y adoptar la Politica de Humanización institucional, el Programa y el I plan de trabajo de humanizacion que opeartivice su implementación 2.Socializar los lineamientos institucionales sobre humanización que sustentan compromiso institucional con la humanización del servicio 3. Reforzar a los colaboradores el objetivo del programa de Humanización durante la prestación de servicios y su corresponsabilidad en su aplicación para el logro de impacto positivo en la atención Humanizada	ANUAL	Ejecución plan de trabajo de humanización : Acciones ejecutadas en el periodo/acciones programadas en el periodo evaluado	Lograr 90% de cumplimiento del Plan de trabajo de humanización	Líder Subproceso Humanización del servicio	A nivel de subred linea de base de construcción
16	Gestión de la Calidad y Mejoramiento Continuo Gestión del mejoramiento Institucional	Inefectividad en la implementacion del Modelo de mejoramiento institucional	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Estratégicos	1. Ausencia de un modelo de mejora unificado para la subred secundario a reorganizacion del sector 2.Desconocimiento del modelo de mejora por parte de los colaboradores 3.Falta de acompañamiento y asistencia tecnica a los diferentes grupos de trabajo para la operativizacion del modelo		1.Reprocesos y demoras 2.Ineficiencia administrativa 3.Debil cultura de la mejora a nivel institucional	5	Casi Seguro	4	MAYOR	20 Extrema	Correctivo	75	12 Extrema	EVITAR	1. Diseñar el Manual de Mejora continua que contemple el modelo de mejoramiento de la subred 2. Definir los equipos de mejoramiento de la subred acordes con el modelo 3. Realizar capacitación , entrenamiento y acompañamiento en el modelo de mejora continua 4.Realizar orientación técnica por parte de oficina de	PERMANENTE	Equipos de mejoramiento implementados : equipos de mejoramiento implementados acordes con el modelo de mejoramiento / equipos de mejoramiento programados para operar según el modelo demejora en el periodo	Lograr que el 100% de los equipos de mejoramiento operen de acuerdo al modelo de mejora institucional aprobado	Gestión de la calidad y mejoramiento continuo	A nivel de subred linea de base de construcción
17	Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional Proyectos y convenios	Afectación de la imagen institucional y de la oferta de servicios por incumplimiento del Plan de Desarrollo Distrital y el Plan territoral de Salud en lo referente a las metas de modernización de la infraestructura hospitalaria que corresponden a la	Externo	Credibilidad, Buen Nombre y Reputación	Imagen	Falta de seguimiento a la ejecución de los convenios y contratos derivados por parte del equipo de proyectos de la Subred. Falta de capacitación a los supervisores de contratos que genera errores en la ejecución de los mismos.	Demoras en los trámites admiistrativos propios de la vibailización de los proyectos y conceptos de los convenios por parte de la SDS. Falta de disponibilidad de los terrenos previstos para la ejecución de los proyectos por concepto de uso de suelos o ajustes en el POT por parte de la Secretaría de Planeación	Investigaciones por parte de los entes de control. Incumplimiento de las metas Distritales e institucionales. Quejas por parte de la comunidad, debido a que se afecta la capacidad instalada para la prestación de los servicios	4	Probable	5	CATASTRÓFICO	20 Extrema	Preventivo	85	10 Extrema	Compartir	Participar en los comités técnicos de seguimiento de los respectivos convenios que tienen que ver con infraestructura y dotación. Realizar seguimiento al plan de trabajo de proyectos y convenios de la Subred con el objetivo dedetectar desviaciones e implementar acciones de mejora.	TRIMESTRAL	Porcentaje de viabilización de proyectos para el periodo	90%	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	Afecta a toda la Subred, usuarios y comunidad.
18	Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional Proyectos y convenios	Sanciones o multas por deficiencias, errores o subejecución de los convenios suscritos por la Subred Sur Occidente con el FFDS y otros.	Procesos	Credibilidad, Buen Nombre y Reputación	Estratégicos	Falta de seguimiento a la ejecución de los convenios y contratos derivados por parte del equipo de proyectos de la Subred. Falta de capacitación a los supervisores de contratos que genera errores en la ejecución de los mismos.	Demoras en los támites administrativos relacionados con los conceptos para apropiación oportuna de los recursos al presupuesto de la Subred.	Sanciones disciplinarias. Sanciones fiscales. Investigaciones por parte de los entes de control. Afectación de la imagen institucional. Incumplimiento de metas institucionales.	4	Probable	5	CATASTRÓFICO	20 Extrema	Preventivo	85	10 Extrema	Compartir	Capacitar a lo supervisores de contrato frente al manual de contratación de la Subred. Realizar seguimiento a los convenios suscritos por la Subred con FFDS y otros. Documentar toda la gestión realizada frente al seguimiento de los convenios.	TRIMESTRAL	Seguimiento a convenios suscritos por la Subred	100%	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	Afecta a toda la Subred, usuarios y comunidad.
19	Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional Mercadeo	Déficit de recursos financieros de la Subred por venta de servicios con pagadores diferentes al FFDS y Capital Salud por debajo de las necesidades	Externo	Recursos Financieros	Financieros	Estrategias de mercadeo deficientes, que no promueven el cierre efectivo de las negociaciones. Falta de gestión en la implementación del plan de ventas de la Subred.	Ofertas por debajo de las tarifas requeridas por el plan de ventas aceptadas por las otras tres subredes, que a su vez obligan a aceptar dichas tarifas.	Facturación por debajo de lo requerido por la entidad para sostenibilidad financiera. Incumplimiento de las metas institucionales frente al incremento de facturación.	5	Casi Seguro	5	CATASTRÓFICO	25 Extrema	Preventivo	100	15 Extrema	Evitar	Fortalecer los mecanismos de mercadeo para contratar con pagadores diferentes al FFDS y Capital Salud.	TRIMESTRAL	Incremento en la facturación por venta de servicios	3%	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	Afecta a toda la Subred.
20	Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional Gerencia de la Información	Insatisfacción de los clientes del subproceso de gerencia de la información por entrega inoportuna, incompleta, o no confiable de la información.	Procesos	Información y Conocimiento	De Seguridad de la Informacion	Debilidades en el sistema de información de la Subred que impide la captura del dato. Debilidades en la minería de datos la Subred. Falta de capacitación al equipo de estadística con respecto al manejo del sistema de información.	Debilidades en la capacitación ofrecida por parte del proveedor del sistema de información. Falta de disponibilidad de personal técnico por parte del proveedor del sistema de información.	Sanciones disciplinarias. Entrega inoportuna de informes de ley. Debilidad en la toma de decisiones a nivel estratégico y técnico.	5	Casi Seguro	5	CATASTRÓFICO	25 Extrema	Preventivo	75	20 Extrema	Evitar	Fortalecer el sistema de información de la Subred para mejorar la captura del dato. Ajustar el procedimiento de RIPS y socializarlo al equipo de trabajo de primera línea y profesionales de la salud. Capacitar a los profesionales de la salud frente al diligenciamiento de la historia clínica para mejorar la calidad del dato.	TRIMESTRAL	Satisfacción de los clientes de gerencia de la información	70%	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	Afecta a toda la Subred.
21	Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional Planeación Estratégica	Afectación negativa en la gestión gerencial por incumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo Institucional	Procesos	Credibilidad, Buen Nombre y Reputación	Estratégicos	Falta de seguimiento trimestral al cumplimiento de metas planteadas en el Plan de Desarrollo Institucional. Falta de implementación de acciones de mejora con respecto a las desviaciones encontradas en los seguimientos a las metas institucionales.	Ninguna	Sanciones disciplinarias. Afectación en la calificación del desempeño del Plan de Gestión de la Gerencia.	4	Probable	5	CATASTRÓFICO	20 Extrema	Preventivo	100	10 Extrema	Evitar	Revisar y ajustar las metas del PDI de acuerdo con los cambios del entorno. Socializar las metas de PDI en página web y con los líderes de los procesos. Realizar seguimiento al a las metas del PDI a través de los POAS por proceso.	TRIMESTRAL	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional	90%	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	Afecta a toda la Subred.
22	Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional Planeación Estratégica	Afectación negativa de la cultura organizacional por desconocimiento de la plataforma estratégica por parte de los colaboradores de la Subred.	Personas	Información y Conocimiento	Imagen	Debilidades en la socialización de la plataforma estratégica a los colaboradores de todos los niveles. Estrategias deficientes tendientes a la apropiación de la plataforma estratégica por parte de los colaboradores. Debilidades en la medición de apropiación de la plataforma estratégica por parte de los colaboradores.	Cambios en el entorno que generen ajustes a la plataforma estratégica.	Afectación en el resultado del proceso de evaluación externa de acreditación. Incumplimiento de metas institucionales. Falta de sentido de pertenencia y cultura organizacional. Dificultad en la coherencia institucional para medir metas de acuerdo con el direccionamiento estratégico.	4	Probable	4	MAYOR	16 Extrema	Preventivo	85	8 Alta	Evitar	Socializar la plataforma estratégica a los colaboradores que asisten a la inducción general. Socializar la plataforma estratégica en los espacios definicos por el plan de comunicaciones de la Subred. Realizar medición del conocimiento de la Plataforma Estratégica por parte de los colaboradores.	TRIMESTRAL	Porcentaje de apropiación de la plataforma estratégica	70%	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	Afecta a toda la Subred.
23	Gestión del Conocimiento Docencia	Probabilidad que escenarios de práctica no cumplan con los criterios básicos de calidad vigentes	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	De Cumplimiento	1. Falta de conocimiento de los lineamientos exigidos por el Ministerio. 2. Fallas en la documentación de las evidencias de cumplimiento de requisitos. 3. Recursos financieros limitados para proyectos de infraestructura en los escenarios de práctica 4. Falta de supervisión de convenios docencia del servicio	1. Fallas en la revisión del ente externo de las evidencias aportadas por la Subred. 2. Falta de gestión por parte de la Entidad Universitaria con el Ministerio de Educación	1. Cierre del escenario de práctica 2. Deterioro de la imagen institucional 3. Incumplimiento del objetivo del proceso estratégico 4. Sanciones por incumplimiento en convenios docencia servicio pactados 5. Presencia de personal en escenarios de práctica no amparado por convenios docencia del servicio 6. Pérdida de recursos financieros, tecnológicos y humanos e	3	Posible	4	MAYOR	12 Extrema	Preventivo	75	8 Alta	Evitar	1. Realizar autoevaluación de los estándares por escenario de práctica al 20 % de la totalidad de los escenarios 2. monitorear el cumplimiento de las autoevaluaciones del 20 % de los escenarios de práctica a través de la verificación de los instrumentos utilizados (listas de chequeo, matriz de autoevaluación, censo docente, entrevistas y encuestas de grupos focales)	TRIMESTRAL	Número de escenarios de práctica formativa autoevaluados / No. Total de escenarios de práctica formativa de la Subred X 100	Verificar el 20 % de escenarios de práctica formativa ofertados por la Subred frente al cumplimiento de los estandares normativos.	Gestion del Conocimiento / Jefe de Oficina	Como Sub red no se cuenta resultados o línea de base
24	Gestión del Conocimiento Docencia e Investigación	Probabilidad de ocurrencia de Eventos de seguridad del paciente derivados de las practicas formativas de los estudiantes y docentes en la Subred.	Personas	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Seguridad del usuario	1. Falta de adherencia a protocolos, manuales, guias institucionales y buenas prácticas por parte de los estudiantes y docentes 2. Falta de seguimiento, acompañamiento o supervisión directa por parte del docente de práctica o por parte del colaborador del escenario de práctica a cargo de los procedimientos asistenciales. 3. Falta de cumplimiento de las prerrogativas o delegación progresiva establecida para la competencia del estudiante enmarcado en los anexos técnicos y en el manual docencia servicio de la Subred.	Falta de formación en el marco de la seguridad del usuario en las instituciones educativas tanto por parte del docente como del estudiante.	1. Lesión o daño al usuario y/o colaborador y/o estudiante 2. Demandas, quejas y reclamos 3. Afectación de la imagen institucional 4. Desconfianza en la relación docencia servicio por parte de usuarios y colaboradores. 5. Aprendizaje inadecuado en el estudiante que le impacte negativamente su desempeño profesional	3	Posible	4	MAYOR	12 Extrema	Preventivo	60	8 Alta	Evitar	1. Fortalecimiento en la inducción de estudiantes y docentes frente a la responsabilidad de la seguridad del usuario en la prestación del servicio. 2. Fortalecer el seguimiento a las actividades de los estudiantes por parte de docente y colaboradores del escenario de práctica, con la inducción específica al ingreso del estudiante a la práctica 3. Monitoreo a la adherencia de las actividades relacionadas con planeación de sesiones educativas a docentes, colaboradores y estudiantes.	TRIMESTRAL	(Número de eventos adversos relacionados con la Prestacion de servicios de salud por medio del programa de docencia del servicio / Total de Eventos Adversos en la institución) X 100	Establecer línea de base para eventos adversos producidos en el escenario de práctica	Gestion del Conocimiento / Jefe de Oficina	Como Sub red no se cuenta resultados o línea de base
25	Gestión Jurídica	Inadecuada defensa técnica de la institución.	Procesos	Recursos Financieros	Financieros	Falta de apoyo del área al que le corresponda conceptuar sobre aspectos médicos relacionados con la historia clínica del paciente (Reparaciones directas)	Que el llamamiento en garantía de la aseguradora, no asuma la responsabilidad de la obligación que le corresponde.	Demandas, sanciones, condenas económicas, detrimento patrimonial Multas para la entidad, acción de repetición, indemnizaciones, afectando su imagen y probables perdidas económicas	4	Probable	4	MAYOR	16 Extrema	Preventivo	100	8 Alta	Evitar	Documentar los procedimientos inherentes a la defensa de la Entidad. Seguimiento a los procesos judiciales a través de la página siprojw.	Trimestral	Revisión de los procesos judiciales en los despachos por el profesional asignado al proceso	100%	Jefe Oficina Asesora Jurídica	Como Sub red no se cuenta resultados o línea de base
26	Gestión Jurídica	Incumplimiento de los términos legales para dar respuesta a las demandas, tutelas, derechos de petición y a todos los demás trámites sometidos a términos de ley	Personas	Recursos Financieros	Financieros	Falta de apoyo del area al que le corresponda conceptuar sobre aspectos médicos relacionados con la historia clinica del paciente (Reparaciones directas)	Suspensión de términos por el Despacho por cualqueir causa	Demandas, sanciones, condenas económicas, detrimento patrimonial Multas para la entidad, indemnizaciones, acción de repetición, afectando su imagen y probables perdidas económicas	4	Probable	4	MAYOR	16 Extrema	Preventivo	100	8 Alta	Evitar	Sensibilizar a los líderes de procesos y a los abogados externos sobre las consecuencias que produce la ineficiencia y el incumplimiento de los términos establecidos por ley.	Trimestral	Acción propuesta/ acción ejecutada	100%	Jefe Oficina Sasora Jurídica	Como Sub red no se cuenta resultados o línea de base
27	Gestión Jurídica	Pérdida de expedientes y de información del proceso de Gestión Jurídica	Infraestructura	Información y conocimiento	Seguridad de la información	Inexistencia de espacio adecuado para la custodia y conservación de los expedientes y/o información	NA	Dilación de los procesos por reconstrucción por pérdida de la información.	4	Probable	4	MAYOR	16 Extrema	Preventivo	55	12 Extrema	Evitar	Establecer medidas de seguridad para el control de acceso de personal no autorizado al área jurídica,	semestral	número de acciones implementadas/numeros de acciones programadas según el plan de trabajo preestablecido	40%	Jefe Oficina Asesora Jurídica	Como Sub red no se cuenta resultados o línea de base
28	Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano Servicio al ciudadano	Estancias Prolongadas de los pacientes hospitalizados por abandono Social, o por falta de recursos economicos	Personas - Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Seguridad del usuario	*No oportunidad por parte del Trabajador Social de la identificación del paciente de su condicion de ababdono. * Infecciones del paciente	*Ausencia de red de apoyo familiar y/o social. * Insuficiente red institucional distrital para ciudadanos en condicion de abandono social *Baja corresponsabilidad	*Baja rotacion de camas para la atencion hospitalaria.	3	Posible	4	MAYOR	12 Extrema	Preventivo	100	4 Alta	Evitar, reducir, compartir y asumir	Realizar gestión permanente con las Instituciones Distritales solicitando cupo, Se establecio la Unidad Trinidad Galan para la ubicación de pacientes en condicion de abandono social , con egreso medico, hasta su ubicación institucional	Trimestral	Nº de solicitudes aceptadas % de paciente quedados por abandono social	100%	Lider del proceso de Participación y Servicio al Ciudadano	Se requiere establecer una linea de base de este riesgo
29	Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano Participación Social	Desercion de integrantes del copaco por migracion a escenarios politicos por año de electoral	Personas	Credibilidad, Buen Nombre y Reputación	Estratégicos	*Integrantes del COPACO con compromisos politicos. *No claridad de los lideres comunitarios sobre los criterios tecnicos de los procesos de representacion en Salud. *Representantes del Copaco no eticos en su desempeño.	*Procesos electorales simultaneos a los de la organización comunitaria. *Abordaje de escenarios comunitarios como COPACO por parte de candidatos a corporaciones publicas. *Cange de apoyos economicos por votos.	Perdida de credibilidad de la organización. * Conflictos internos de los actores comunitarios y politicos. *Retrazo de los procesos sociales * Manipulacion de la informacion relacionada con el sector Salud.	3	Posible	4	MAYOR	12 Extrema	Detectivo	100	4 Alta	Evitar, reducir, compartir y asumir	1.Socializacion de Procesos y procedimientos de participacion social a referentes directos de acompañamiento tecnico a organizaciones. 2 Socializacion de derechos y deberes en salud a usuarios de servicios. 3. Divulgacion a servidores de codigo de etica. 4. Seguimiento tecnico trimestral a procesos sociales.	Trimestral	% de cumplimiento de procesos derivados de planes de accion de copacos, asociaciones de usuarios y juntas asesoras comunitarias.	100%	Lider del proceso de Participación y Servicio al Ciudadano	Se requiere establecer una linea de base de este riesgo
30	Evaluación y Control Control de Gestión	Incumplimiento en la ejecución del Plan Anual de Auditorías de Control Interno.	Procesos	Información y Conocimiento	De Control	1. Inadecuada planeación del Plan Anual de Auditoria 2. Recurso humano insuficiente 3. Fallas en la asignación de tiempos 4. Presupuesto insuficiente para la contratación de Talento Humano 5. No disponer de los perfiles y competencias de recurso humano de acuerdo a las auditorias a realizar 6. Solicitud de requerimientos no contemplados en el programa de auditoria (auditorias especiales, requerimientos extras) 7. Inoportunidad o no realizacion del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. 8. Entrega de informacion inoportuna o incompleta por parte de los procesos	1. Cambios normativos	1. Sanciones legales 2. Incumplimiento del Plan Operativo Anual 3. Bajo alcance de la evaluación independiente a la gestión institucional.	5	Casi Seguro	5	CATASTRÓFICO	25 Extrema	Correctivo	75	15 Extrema	Reducir	Realizar el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y determinar acciones de mejora que correspondan en caso de presentar incumplimiento al Plan Anual de Auditoría (PAA).	Realizar comité a mas tardar 31 de julio y 31 de enero de la vigencia Semestral	(Acciones de mejora implementadas relacionadas con el incumplimiento del PAA/ Total de acciones de mejora determinadas, relacionadas con el PAA)*100	100%	Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	*Incumplimiento y ajustes al PAA
31	Gestión del Riesgo Riesgo Colectivo	Débil respuesta a las necesidades de salud priorizadas en la población objeto de las intervenciones del PIC	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Poblacionales	1. Falta de recurso humano, equipos, insumos , transporte 2. Inadecuada planificación de las acciones 3. Debilidad en el proceso de seguimiento al talento humano 4. Fatla de fortalecimiento técnico al talento humano. 5. Frágil proceso de articulación y alianzas estrategicas con otros actores s para dar respuestas intersectoriales.	Falta de corresponsabilidad por parte del usuario. No aceptacion del usuario. Informacion erronea e incompleta.	1. Bajo impacto en la salud de la población beneficiaria del programa 2. Pérdida de recursos financieros 3. Subejecución del contrato 4. Disminución de la cobertura de la población	3	Posible	4	MAYOR	12 Extrema	Preventivo	85	4 Alta	COMPARTIR O TRNSFERIR	1. Definir cronograma para la transferencia hacia archivo central de archivos de soportes de acciones realizadas en dos vigencias PSPIC anteriores 2. Revisión y verificación de la gestión documental de cada uno de los componentes 3. Realizar seguimiento al cumplimiento del cronograma 4. Fortalecer las competencias del personal frente a las normas de gestión documental y los procedimientos institucionales	Trimestral	% glosa por ausencia de soportes	La glosa por ausencia de soportes debe estar por debajo del 10%	Gestión documental Lideres de espacios y componentes	Aumento de la glosa por ausencia de soportes
32	Gestión del Riesgo Riesgo Colectivo	Incumplimiento de las metas según los lineamientos definidos en el contrato del PIC.	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Operativos	1, Talento humano insuficiente o no competente para el logro del cumplimiento de metas. 2. Falta de insumos suficientes y oportunos para el cumplimiento de metas 3. Falta de seguimiento a la ejecución de las metas 4. Inoportunidad en la ejecución de las acciones extramurales 5. Fallas en la veracidad de los soportes	1. Falta de corresponsabilidad de la comunidad y de otros sectores 2. Poca credibilidad de la población en las acciones desarrolladas, limitando el acceso de los profesionales de algunos ámbitos. 3. Notificación inoportuna de los eventos de interes en salud publica: UPGD privadas 4.Falta de oportunidad, y/o claridad en algunos lineamientos del contrato 5. Zonas de alta inseguridad dificultando el ingreso del talento humano en salud para el desarrollo de las actividades extramurales. 6. Población flotante que no permite culminar los procesos 7, Eventos de orden público como paros, marchas, manifestaciones y protestas	1. Bajo impacto en la salud de la población beneficiaria del programa 2. Pérdida de recursos financieros 3. Subejecución del contrato 4. Disminución de la cobertura de la población	4	Probable	4	MAYOR	16 Extrema	Preventivo	100	8 Alta	REDUCIR	1. Actualización anual del diagnóstico local de la Subred 2. Fortalecer el proceso de priorización de necesidades con la participación de todos los actores 3. Realizar seguimiento en el comité de gestión del riesgo en salud a los indicadores de interés en salud pública	Trimestral	%cumplimiento de metas	Cumplir con el 90% de la producción del PIC	Referentes de procesos y/o espacios y operativos . Dirección de Gestión del riesgo y Coordinación PIC	Cumplimiento de metas por debajo del 90%
33	Gestión del Riesgo Riesgo Colectivo	Pérdida de información por manejo inadecuado y/o deterioro.	Procesos	Información y Conocimiento	De Seguridad de la Informacion	1. Espacio insuficiente para la gestión documental. 2. Infraestructura deficiente 3. Inseguridad en la custodia de los documentos 4. Falta de insumos para realizar la gestión de archivos físicos 5. Deficiencias en el manejo documental y de archivo 6. Control documental insuficiente 7. Falta de apropiación por parte del talento humano del adecuado manejo y custodia del archivo. 8. Debilidad en el direccionamiento para el adecuado manejo de la información que se encuentra en archivos magneticos.	Hurto por inseguridad de la zona objeto de intervención	1. Pérdidas de recursos financiero por glosas 2. Reprocesos 3. Lesiones al personal por hurto. 4. Pérdida de credibilidad. 5. Aumento de riesgo de fraude para evitar el reproceso. 6. Pérdida de la confidencialidad de la información.	3	Posible	4	MAYOR	12 Extrema	Correctivo	100	4 Alta	COMPARTIR O TRNSFERIR	1. Definir cronograma para la transferencia hacia archivo central de archivos de soportes de acciones realizadas en dos vigencias PSPIC anteriores 2. Revisión y verificación de la gestión documental de cada uno de los componentes 3. Realizar seguimiento al cumplimiento del cronograma 4. Fortalecer las competencias del personal frente a las normas de gestión documental y los procedimientos institucionales	Trimestral	% glosa por ausencia de soportes	La glosa por ausencia de soportes debe estar por debajo del 10%	Gestión documental Lideres de espacios y componentes	Aumento de la glosa por ausencia de soportes
34	Gestión del Riesgo Individual	Baja adherencia a los programas de promoción y prevención	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Operativos	...de promoción y prevención 2. Fallas en la identificación de necesidades de educación en salud 3. Fallas en las estrategias de educación brindada al usuario 3. Debilidad en las competencias del personal para brindar educación en salud 4. Bajo captación a los programas de P y P	1. Determinantes sociales (culturales, economicos, geograficos, etc) 2.Baja corresponsabilidad del usuario frente a su situacion de salud	...Usuario 2.. Incremento en morbilidad y mortalidades prevenibles 3. Incremento en los costos de atención. 4. Incremento de coomorbilidades 5. Disminución de a expectativa de vida 6. No afectación positiva de los estilos de vida de los usuarios	3	Posible	5	CATASTRÓFICO	15 Extrema	Preventivo	100	5 Alta	REDUCIR	Fortalecer las competencias del talento humano que atiende poblacion materno pernatal e infantil Mantener la evaluacion de Guias de manejo Mantener el monitoreo a la adherencia a esquemas de tamizaje Fortalecer la expanción de las estrategias materno infantiles	Semestral	1. Captación antes de la semana 12 2. Razon de mortalidad Materna. 3. Tasa de mortalidad perinatal	Metas para indicadores trazadores del Distrito	Gestión del Riesgo	Analisis de mortalidad materna y perinatal.
35	Gestión del Riesgo Individual	Identificación insuficiente o tardía de los riesgos del binomio madre hijo	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Clínicos	1. Falta de adherencia a CPN. 3. Falta de identificación de riesgo en forma oportuna en el CP 8. Debilidad en la captación temprana de gestantes desde los Servicios de urgencias, hospitalización, consulta externa, y salud urbana para el ingreso controles prenatales 4. Falta de adherencia a las Guias de Control prenatal, recien nacido y CYD 5.Debilidad en la canalizacion a programa de regulación de la fecundidad	1. Determinantes sociales (culturales, economicos, geograficos, etc) 2. Barreras de contratacion para la implemnetación de la consualta preconcepcional 3.Baja corresponsabilidad del usuario frente a su situacion de salud 7. Población flotante y en condición de desplazamiento.	1. Mortalidad materna, perinatal e infantil 2.. Morbilidad materna extrema. 4. Bajo peso al nacer. 5. Parto prematuro 6. Complicaciones intra y post parto 7. Embarazo no deseado	3	Posible	4	MAYOR	12 Extrema	Preventivo	75	4 Alta	Reducir	1. Socializar y fortalecer de competencias, protocolos y guias clínicas al personal asistencial 2. Elaborar e implimentar listas de chequeo pre operatoria para evaluación de estado clínico de paciente y ambiente fisico 3. Efectuar inducción general y especifica de puesto de trabajo 4. Realizar Censo diario de ocupación de los servicios de la Subred 5. Reubicar usuarios según complejidad del manejo, a las diferentes unidades de la Sub Red Sur Occidente ESE y/o externas, cuando así lo requiera las condiciones del paciente 6. Programar turnos mensuales con primera disponibilidad	TRIMESTRAL	No. De eventos adversos gestionados en el servicio/ No. De sucesos de seguridad en el servicio *100	Gestionar el 100% de los eventos adversos presentados en el servicio	Director Técnico de Servicios Hospitalarios	Linea de base de seguridad del paciente en la Sub Red Sur Occidente ESE

36	Gestión del Riesgo Individual	Débil respuesta al incremento en el perfil de morbilidad por enfermedades crónicas y degenerativas	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Poblacionales	1.Desconocimiento de la Ruta de mantenimiento de la salud y los programas de promoción y prevención de la sub red 2. Debilidad en la adherencia a Guías y programas de PyD 3. Debilidad en la canalización a Programas de PyD 3. Debilidad en la identififcación oportuna de factores de riesgo en los diferentes espacios de intervención yYo durante la consulta.	1. La baja adherencia a habitos y estilos de vida saludables de la población .2. Componente genetico hereditario (antecedente familiar de hipertensión) 3. Baja corresponsabilidad del usuario frente a su atención en salud	1. Coomorbilidad asociada 2. Daño de órgano blanco 3. Afectación del entorno familiar y personal del usuario 4. Afectación economica 5. Lesión o daño permenente	2	Improbable	4	MAYOR	8 Alta	Preventivo	75	4 Alta	Reducir	1. Socializar y fortalecer de competencias, protocolos y guías clínicas al personal asistencial (guía deprocedimiento quirúrgica, cateterismo vesical, procedimiento técnica de aspirado, protocolo de aislamiento). 2. Efectuar inducción general y específica de puesto de trabajo 3. Programar turnos mensuales con primera disponibilidad	TRIMESTRAL	Número de pacientes con diagnóstico de IAAS / Total de egresos hospitalarios periodo * 100	Mantener menos del 5% de pacientes con IAAS	Director Técnico de Servicios Hospitalarios	Línea de base de seguridad del paciente en la Sub Red Sur Occidente ESE
37	Gestión Clínica Hospitalaria	Registro clínico inadecuado e incompleto de las atenciones del paciente en los servicios de hospitalización	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Seguridad del usuario	1. Debilidad en competencias y habilidades técnicas de los profesionales 2. Falta de implementación del manual de historias clínicas a nivel de la Subred 3. Evaluación de la adherencia al manual de historias clínicas que cumplan con el estándar institucional 4. Fallas en la legibilidad de los registros 4. Retraso en la implmenetación de un sistema de información para el registro de las HC a nivel de la Subred	Deficit de formación en el pregrado	1. Complicaciones del paciente por no continuidad de la atención 2. Daño anitujirídico 3. Disminución de la calidad en la prestación del servicio. 4. Incumplimiento contratos suscritos con las aseguradoras	4	Probable	4	MAYOR	16 Extrema	Preventivo	60	12 Extrema	Reducir	1. Socializar el manual de historias clínicas 2. Evaluar la calidad de los registros clínicos en los servicios de hospitalización 3.Realizar auditoría concurrente en el servicio 4. Efectuar seguimiento a las acciones de mejora implementadas como resultado de las auditorias	TRIMESTRAL	Porcentaje de cumplimiento de la calidad de los registros clínicos	Mejorar la calidad de los registros clínicos en el servicio de hospitalización	Director Técnico de Servicios Hospitalarios	Inferior al 90%
38	Gestión Clínica Hospitalaria	Ausencia de barreras de seguridad para la prevención de caidas del pcte en el servicio	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Seguridad del usuario	1. Falta de adherencia a la práctica segura 2. Fallas en el mantenimiento de las barreras de seguridad implementadas en la infraestructura física de la institución. 3. Inadecuada señalización de las áreas de peligro o riesgo de caídas 4. Sobrecarga laboral y condiciones ambiente laboral inherentes al servicio	1. Evento catastrófico externo 2. Prácticas y creencias culturales de los usuarios	1. Lesion o daño permanente del usuario 2. Aumento de costos de la atención. 3. Investigaciones de tipo legal. 4. Pérdida de Imagen Institucional	4	Probable	4	MAYOR	9 Alta	Preventivo		8 Alta	Reducir	1. Fortalcer la revista de enfermería de para identificar pctes con riesgo de caída 2. Reforzar la comunicación del equipo de salud con el pcte y su familia 3. Autorizar acompañante a los usuarios a los que se identifique riesgo de caída 4. Solicitar oportunamente requerimientos de talento humano, insumos, mantenimiento de infraestructura, equipos y elementos devolutivos necesarios para la prestación del servicio.	MENSUAL	Eventos adversos por caídas de pacientes en el servicio	Disminuir los eventos adversos por caídas en el servicio	Director Técnico de Servicios Hospitalarios	Incremento de los eventos adversos comparados con la vigencia anterior
39	Gestión Clínica Hospitalaria	No verificación del tratamiento previa administración (5 correctos)	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Seguridad del usuario	1. Falta de adherencia a la práctica segura de mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos 2. Sobrecarga laboral por aumento de la demanda de pacientes o ausencia de un colaborador 3. Desconocimiento de procedimiento y protocolos institucionales 4. Distraciión del personal por uso de equipo celulares	Ninguna	1. Evento adverso y/o suceso de seguridad 2. Daño antijurídico 3. Quejas 4. Insatisfacción del usuario 5. Deterioro de la imagen institucional y pérdida de credibilidad en la institución	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	Preventivo	100	8 Alta	Evitar	1. Realizar supervisión de la administración de medicamentos cuando se realice por delegación y evidenciar en los registros clínicos 2. Fortalcer la educacuón al pcte y su familiar como elemento protector durante la administración de medicamentos 3. Reforzar la buena práctica de seguridad del pcte mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos 4. Evaluar la adherencia a la buena práctica	MENSUAL	Eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos	Disminuir los eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos	Director Técnico de Servicios Hospitalarios	Incremento de los eventos adversos comparados con la vigencia anterior
40	Gestión Clínica Hospitalaria	Inoportunidad en la programación de cirugías	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Operativos	1.Inexistencia de ruta de actividades para la programación de cirugías 2. Falta de seguimiento a la programación de cirugías 3. Desconocimiento del portafolio de cirugías por grupos quirúrgicos 4.Programación de cirugías no centralizado en el servicio	Falta de autorización de la EPS	1.Deterioro del estado de salud del pcte 2. Daño antijurídico 3. Quejas 4. Insatisfacción del usuario 5. Pérdida de credibilidad en la institución	4	Probable	3	MODERADO	12 Alta	Preventivo	40	12 Extrema	Evitar	1. Diseñar la ruta de actividades para la programación de cirugías 2. Actualizar el portafolio de cirugías por grupos quirúrgicos y USS 3. Monitorear la programación de cirugías vs la producción por USS 4. Realizar seguimiento al indicador de oportunidad en la programación de cirugías	MENSUAL	Oportunidad de programación de cirugías	Cirugías programadas dentro de los 15 días siguientes a la solicitud	Director Técnico de Servicios Hospitalarios	Oportunidad de programación de cirugías por encima de 15 días
41	Gestión Clínica Hospitalaria	Cancelación de cirugías por causas atribuibles a la institución	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Operativos	1.Inexistencia de ruta de actividades para la programación de cirugías 2. Falta de seguimiento a la programación de cirugías 3. Inoportunidad en la solicitud de materiales para cirugía 4.Falta de control al stock de material médico quirúrgico 5. No disponibilidad de recursos en el presupuesto 6. Falta de mantenimiento de equipos biomédicos	Condiciones clínicas del paciente	1.Deterioro del estado de salud del pcte 2. Daño antijurídico 3. Insatisfacción del usuario 4. Pérdida de credibilidad en la institución	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	Preventivo	70	10 Extrema	Reducir	1. Diseñar la ruta para la programación de cirugías 2. Realizar seguimiento al indicador de proporción de cancelación de cirugías 3. Realizar seguimiento al cumplimiento del plan de mantenimiento de equipo biomédico 4. Seguimiento a la ejecución de los contratos de material médico quirúrgico	MENSUAL	Proporción de cancelación de cirugías por causas atribuibles a la institución	Disminuir en un 2% el porcentaje de cirugías canceladas por causas atribuibles a la institución	Director Técnico de Servicios Hospitalarios	Incremento de la cancelación de cirugías comparados con la vigencia anterior
42	Gestión Clínica Urgencias	Inopotunidad en la atención en el servicio de urgencias	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Seguridad del usuario	1. Insuficiencia en la capacidad instalada deTalento humano 2. Debilidades en el control de los tiempos de espera en triage 3. Dificultades en la implementación y adherencia al procedimiento de Triage. 4. Fallas en el sistema operativo de información (discontinuidad y parametrización en proceso de ajuste)	1. Evento catastrófico o emergencia que supere capacidad física y humana instalada 2. Prácticas inapropiadas de los usuarios de utilización del servicio de urgencias	1. Sucesos de seguridad relacionados con la inoportunidad 2. Quejas y reclamos de los usuarios 3. Demandas 4. Deterioro del estado de salud del paciente	3	Posible	5	CATASTRÓFICO	15 Extrema	Preventivo	70	10 Extrema	REDUCIR	1. Implementar herramienta que permitan controlar los tiempos de atención de triage. 2. Implementar mecanismos de autocontrol para evaluar pertinencia 3. Revisar, actualizar y continuar con la implementación del procedimiento triage. 4. Socializar en sala de espera los derechos, deberes y la importancia de la utilización del servicio a través de diferentes medios de comunicación	Mensual	Oportunidad de atención triage II	Igual o inferior r a 30 min para Triage II	Líder de Urgencias Dirección de Urgencias	Superior a 30 min
43	Gestión Clínica Urgencias	Diagnóstico errado del paciente en el servicios de urgencias	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Seguridad del usuario	1. Baja Adherencia a manuales y guías de atención de urgencia	Condiciones sociales, económicas o culturales del usuario y su familia. Conocimientos del pregrado	1. Daño antijurídico 2.Evento Adverso. 3. Complicaciones del usuario	3	Posible	5	CATASTRÓFICO	15 Extrema	Preventivo	100	8 Alta	REDUCIR	1. Socializar las guías para manejo clínico de urgencias 2. Normalizar y socializar instrumentos para registro de los reingresos a nivel de la Subred 3. Evaluar la adherencia a las guías para manejo clínico de urgencias 4. Fortalecer el reporte de los sucesos de seguridad del paciente ocurridos en el servicio de urgencias. 5. Efectuar seguimiento a las acciones de mejora producto de los análisis efectuados a eventos adversos del servicio de urgencias.	Trimestral	Reingreso por la misma causa de las 24 a 72 horas por el servicio de urgencias	< o igual a 0,03	Líder de Urgencias Dirección de Urgencias	Nivel de reingresos mayores al 0.03
44	Gestión Clínica Urgencias	Demora en el traslado de los pacientes entre las USS o otra institución	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Operativos	1. Falla en el diligenciamiento del formato de referencia 2. Dificultades en los traslados, interconsultas, referencia y contrarreferencia por falta de disponibilidad de ambulancia	1. No aceptacion oportuna por parte de las IPS de los pacientes en tramite de remision 2. Demora en el proceso de autorizacion por las aseguradoras. 3. No aceptación de traslado por parte del paciente y/o cuidador	1. Muerte del pcte durante el proceso de remision. 2. Complicacion clinica de la patologia inicial. 3. Incremento de costos en salud. 4. Aumento de requerimientos legales 5. Perdida de imagen institucional	3	Posible	4	MAYOR	12 Extrema	Preventivo	0	4 Alta	Reducir	1. Auditoria a la calidad de las remisiones 2. Auditoria a la pertinencia medica 3. Verificar el cumplimiento del plan de mantenimiento de las ambulancias 4. Realizar seguimiento a los tiempos de traslado	Mensual	Porcentaje de remisiones oportunas	Remisiones oportunas por encima del 80%	Director Técnico de Servicios Hospitalarios	Por debajo del 80%
45	Servicios ambulatorios	Inoportunidad en la asignación de citas	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Operativos	1. Bajo rendimiento 2. Sistema de información enlentece los procesos de atención 3. Cancelación de agendas por actividades no programadas previamente como capacitaciones	Baja oferta de especialidades a nivel distrital	1. Insatisfacción de los usuarios 2. Deterioro de la imagen institucional 3. Incumplimiento nomativo y de las obligaciones contractuales 4. Pérdida económicas	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	Correctivo		8 Alta	REDUCIR	1. Seguimiento mensual a la producción de consulta de medicina general y especializada en cada una de las USS 2. Seguimiento a los indicadores de oporunidad en consulta externa 3. Monitorear las causas de insatisfacción 4. Implementar estrategia de consulta espejo	Mensual	Oportunidad en la asignación de citas para: Consulta medica general, Consulta medica especializada, Consulta de odontologia general , Consulta de odontologia especializada.	Consulta de Medicina general 3 dias Consulta de pediatria 5 dias Consulta de ginecoobstetrica 6 dias Consulta de medicina interna	Director de servicios ambulatorios, Medicos generales, medicos especialistas, odontologos generales, odontologos	Incremento de quejas por inoportunidad en la asignación de citas comparadas con el periodo anterior
46	Servicios ambulatorios	Inasistencia de usuarios a citas programadas	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Operativos	1. Perdidas financieras 2. Bajo rendimiento 3. Desconocimiento del procedimiento de asignación de citas	Falta de cultura ciudadana en la adecuada utilizacion del servicos público de la salud.	1. Desequilibrio finanicero negativo. 2. No cumplimiento de metas en la prestación de los servicios	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	Correctivo		8 Alta	REDUCIR	1. Seguimiento semanal a los inasistencias 2. Fortalecer las estreretagias para sensibilizar a los usuarios sobre el adecuado uso de los servicios de salud. (taller del buen usuario) 3. Implementar estrategias de recordación de citas	Mensual	Porcentaje de inasistencia a la consulta programada consulta medica especializada, Consulta de odontologia general , Consulta de odontologia espeializada.	Disminuir la inasistencia cada trimestre del año 2018 en un 10%	Director de servicios ambulatorios, Direccion de Gestion del riesgo, Lideres de unidades de atención.	Incremento de la inasistecias comparadas con el periodo anterior
47	Servicio farmaceútico	Entrega incompleta o inoportuna de medicamentos	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Operativos	1.Aumento de las cantidades de insumos a adquirir y proyectados. 2. Información erronea de saldos. 3. Inadecuada planeación y control del proceso. 4. Falta de supervisión 5. Envío de las cantidades inferiores a las solicitadas. 6. Falta de pago a proveedores por no disponibilidad de recursos en la	1.Desabastecimiento de medicamentos 2. No producción de un medicamento o dispositivo médico en patente, por revalidación de los procesos de un laboratorio.	1. Lesión o daño permanente del usuario por no continuidad de la atención 2. Inconformidad de los usuarios 3. Incumplimiento de las obligaciones pactadas con las EPS 4. Afectación de la imagen institucional	3	Posible	3	MODERADO	9 Alta	Preventivo		8 Alta	EVITAR	1. Realizar seguimiento a los indicadores de oportunidad y entrega completa de medicamentos 2. Fortalecer la supervisión de contratos 3. Verificar la oportunidad en la solicitud de los pedidos	Mensual	Entrega oportuna y completa de medicamentos	Entrega completa y oporuna de medicamentos por enciima del 95%	Referente del Servicio Farmaceutico.	Disminución del indicador de entrega oportuna y completa
48	Servicio farmaceútico	Errores en la dispensación del medicamento .	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Seguridad del usuario	1. No se aplican los correctos para la dispensación 2. Exceso de confianza del auxiliar. 3. Almacenamiento erroneo de unidades previamente devueltas.	0	1. Eventos adversos. 2.Perdidas economicas por desarrollar movimientos de inventario y facturación que no corresponden a la realidad. 3. Reprocesos en el servicio 4. Inoportunidad en la entrega de medicamentos. 5. Sobrecostos para la institución	3	Posible	4	MAYOR	12 Extrema	Preventivo		8 Alta	REDUCIR	1. Fortalcer el reporte de los sucesos de seguridad en la farmacia 2. Evaluar la adherencia al procedimiento de dispensación de medicamentos 3. Realizar seguimiento a las acciones de mejora implmentadas como resultado de los análisis de estos eventos	Mensual	100% de medicamentos dispensados adecuadamente	100% de medicamentos dispensados adecuadamente.	Auxiliar administrativo Auxiliar de farmacia	Disminución del indicador comparado con la vigencia anterior
49	Laboratorio clínico	Inatención del usuario por falta de preparación	Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Seguridad del usuario	No realizar la comunicación adecuada con las recomendaciones para la preparación.	Falta de Corresponsabilidad del Usuario.	1. Reprocesamiento de examenes 2. Sobrecostos para la Institución 3.Instisfacción de los usuarios 4. Inoportunidad en el tratamiento a seguir	4	Probable	3	MODERADO	12 Alta	Preventivo		12 Extrema	EVITAR REDUCIR	1. Realizar seguimiento mensual a las inatenciones por falta de preparación 2. Entrega de recomendaciones a los usuarios para la preparación para la toma de las muestras. 3. Realizar segumiento a las acciones de mejora implementadas como resultado de los análisis	Mensual	Porcentaje de inatenciónes por falta de preparación	Establecer linea base	Referente y/o Coordinador del servicio de laboratorio clinico de la unidad	Incremento de las inatenciones comparadas con la vigencia anterior