



Secretaría de Salud
Subred **Sur Occidente** E.S.E.

NOMBRE DEL PROCESO :

OBJETIVO DEL PROCESO:

DEPENDENCIA Y/O AREA: RESPONSABLE:

CARGO Y/O ACTIVIDAD DEL LIDER RESPONSABLE :

No	SUBPROCESO / SERVICIO	RIESGO

1	Ambiente Físico insumos Hospitalarios	Gestión de	Fallas en la prestación de los servicios de salud por la inoportunidad y/o desabastecimiento en la entrega de insumos hospitalarios.
2	Ambiente Físico e infraestructura	Mantenimiento	Lesión o daño al colaborador, usuario o visitante por fallas en la Infraestructura .
3	Ambiente Físico apoyo y Tercerizados Ser. Generales	Servicios de	Fallas en la prestación de los servicios por mala práctica de protocolos de limpieza y desinfección

4	Ambiente Físico Ambiental	Gestión	Impacto negativo en el medio ambiente por malas prácticas ambientales .
5	Ambiente Físico tecnología	Gestión de la	Afectación en la prestación del servicio por fallas, insuficiencia, obsolescencia o mal uso de equipos biomédicos, equipos industriales y mobiliario.
6		Gestión de Contratación	Perdida de recursos por indebida supervision.

7	Gestión de Contratación	Sanciones pecuniarias y/o disciplinarias por adelantar procesos de contratación sin el lleno de los requisitos legales y/ o dentro de los terminos establecidos por la norma vigente.
8	Cartera y glosas Mercadeo y Jurídica	Insuficiencia de recursos para el pago de las obligaciones
9	Facturación Cuentas por Pagar Tesorería Presupuesto Cartera y glosas Contabilidad	Información financiera no confiable y oportuna para la toma de decisiones

10	Facturación Cuentas por Pagar Tesorería, Presupuesto Cartera y glosas Contabilidad	Apropiación presupuestal insuficiente para financiar las actividades de la institución.
11	Tesorería	Pérdida de recursos
12	Financiero	Incurrir en procesos judiciales por permitir permear el sistema financiero de la institución de recursos de actividades sospechosas de lavado de activos y financiación del terrorismo
13	Administración del Talento Humano - Procedimiento Selección	Vinculación de personal a la Subred sin el cumplimiento de requisitos.

14	Calidad de Vida del Trabajador	Afectación de la prestación de los servicios por inadecuada respuesta a las necesidades del personal. (deterioro clima laboral)
15	Administración del Talento Humano - Procedimiento Selección	Insuficiencia de personal para la adecuada prestación de los servicios
16	Gerstión TICS	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)

17	Gerstión TICS	Falta de integralidad en el Sistema de Información
18	Gerstión TICS	Vulneración de la protección de datos de los usuarios en la historia clínica por falencias en la utilización de login por los estudiantes en el registro de Historia clínica sistematizada.
19	Gestión Clínica Excelente y Segura	Materialización de EVENTOS ADVERSOS del paciente.
20	Humanización del Servicio	Insatisfacción de los usuarios por percepción de prestación de servicios de salud deshumanizados en los pacientes, familia y/o comunidad.

21	Gestión del mejoramiento Institucional	Afectación del logro de los objetivos de la organización por Inadecuada implementación del Modelo de mejoramiento institucional
22	Oficina Asesora de Comunicaciones	Desconocimiento de la información de interés que genera la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E entre sus colaboradores por medio de los canales de comunicación con que cuenta la Subred.
23	Oficina Asesora de Comunicaciones	Afectación en la reputación y buen nombre de la Subred Sur Occidente

24	Mercadeo	Decrecimiento en los ingresos de la Subred por la deficiente diversificación del mercado.
25	Gerencia de la Información	No tener información oportuna, confiable y veraz para la toma de decisiones

26	Planeación Estratégica	Afectación negativa en la gestión gerencial por Incumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo Institucional
27	Gestión Jurídica	Sanción por Inadecuada defensa técnica de la institución con llevando a que se materialice Daño antijurídico ¶
28	Gestión Jurídica	Pérdida de expedientes y de información del proceso de Gestión Jurídica

29	Docencia	Cierre de escenarios de práctica por no cumplir con los criterios básicos de calidad vigentes.
30	Docencia e Investigación	Eventos de seguridad del paciente derivados de las prácticas formativas de los estudiantes y docentes en la Subred.
31	Control y Evaluación	Incumplimiento en la ejecución del Plan Anual de Auditorías de Control Interno.

32	Gestión del Riesgo Riesgo Colectivo	Construir y/o operar una respuesta incoherente con las necesidades de la comunidad.
33	Gestión del Riesgo Riesgo Colectivo	Aumento en el número de glosas por incumplimiento de las metas según los lineamientos definidos en el contrato del PIC.

34	Gestión del Riesgo Riesgo Colectivo	Pérdida de información por manejo inadecuado y/o deterioro.
35	Gestión del Riesgo Individual	□ No afectación positiva de los estilos de vida por baja adherencia a los programas de promoción y prevención.
36	Gestión del Riesgo Individual	Consecuencias negativas en la salud del binomio Madre - Hijo durante la gestión y hasta el primer año por no potenciación de factores protectores.

37	Gestión del Riesgo Individual	Incremento en el perfil de morbilidad por enfermedades crónicas y degenerativas en la población asignada
38	Gestión Clínica Hospitalaria	Registro clínico inadecuado e incompleto de las atenciones del paciente en los servicios de hospitalización
39	Gestión Clínica Hospitalaria	Caidas del paciente en el servicio
40	Gestión Clínica Hospitalaria	Eventos adversos relacionados con la No verificación del tratamiento previa administración (5 correctos)

41	Gestión Clínica Hospitalaria	Inoportunidad en la programación de cirugías
42	Gestión Clínica Hospitalaria	Cancelación de cirugías por causas atribuíbles a la institución
43	Gestión Clínica Urgencias	Inoportunidad en la atención de triage II en el servicio de urgencias
44	Gestión Clínica Urgencias	Diagnóstico errado del paciente en el servicios de urgencias

45	Gestión Clínica Urgencias	Demora en el traslado de los pacientes entre las USS u otra institución
46	Servicios ambulatorios	Inoportunidad en la asignación de citas
47	Servicios ambulatorios	Inasistencia de usuarios a citas programadas
48	Servicio farmacéutico	Entrega incompleta o inoportuna de medicamentos

49	Servicio farmacéutico	Errores en la dispensación del medicamento .
50	Laboratorio clínico	Inatención del usuario por inadecuada de preparación
51	Servicio al Ciudadano	Estancias Prolongadas de Pacientes Hospitalizados por Abandono Social, o por Carencia de Recursos Económicos
52	Participación Social	Deserción de integrantes de los COPACOS

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2018

Identificar, analizar y controlar los posibles hechos generadores de riesgo

Oficina asesora de Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

Jefe de Oficina de Direccionamiento Estratégico y Desarrollo Institucional

FUENTE DE RIESGO	AREA DE IMPACTO	TIPOLOGIA

Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Control
Infraestructura	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	de control
Personas	Recursos Financieros	operativos

Procesos	Ambiente	De Cumplimiento
Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	De Tecnología
Personas	Recursos Financieros	Operativos

Personas	Información y Conocimiento	De Cumplimiento
Externo	Recursos Financieros	Operativos
Procesos	Recursos Financieros	Operativos

Procesos	Recursos Financieros	Operativos
Procesos	Recursos Financieros	De Seguridad de la Información
Procesos	Recursos Financieros	De reputación
Personas	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	De Cumplimiento

Personas	Vida, Salud o Integridad Física del Colaborador	De Cumplimiento
Personas	Credibilidad, Buen Nombre y Reputación	De Cumplimiento
SISTEMAS DE INFORMACIÓN	Información y Conocimiento	De Tecnología

Tecnología	Información y Conocimiento	De Tecnología
Procesos	Información y Conocimiento	De Seguridad de la Información
Personas	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Seguridad del usuario
Personas	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Estratégicos

Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Estratégicos
Tecnología	Información y Conocimiento	De Cumplimiento
Personas	Credibilidad, Buen Nombre y Reputación	Imagen

Externo	Recursos Financieros	Financieros
Procesos	Información y Conocimiento	De Seguridad de la Información

Procesos	Credibilidad, Buen Nombre y Reputación	Estratégicos
Procesos	Recursos Financieros	Financieros
Infraestructura	Información y conocimiento	Seguridad de la información

Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	De Cumplimiento
Personas	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Seguridad del usuario
Procesos	Información y Conocimiento	De Control

Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Poblacionales
Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Operativos

Infraestructura	Información y Conocimiento	De Seguridad de la Informacion
Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Operativos
Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Clínicos

Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Poblacionales
Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Seguridad del usuario
Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Seguridad del usuario
Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Seguridad del usuario

Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Operativos
Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Operativos
Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Seguridad del usuario
Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Seguridad del usuario

Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Operativos
Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Operativos
Personas	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Operativos
Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Operativos

Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Seguridad del usuario
Personas	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Seguridad del usuario
Personas - Procesos	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y comunidad	Seguridad del usuario
Personas	Credibilidad, Buen Nombre y Reputación	Estratégicos

Fuente	Area de impacto
Personas	Vida, salud o Integridad Física del usuario, familia y
Tecnología	Vida, salud o Integridad Física del Colaborador
Procesos	Recursos Financieros
Infraestructura	Instalaciones, equipos, insumos, elementos y demás
Externo	Credibilidad, Buen Nombre y Reputación
	Información y Conocimiento
	Ambiente

s, tanto al interior como al exterior de la entidad.

al

IDENTIFICACIÓN	
	CAUSAS
INTERNAS	

1. El proceso de adición y prórroga de los contratos, requiere un trámite demasiado largo, lo que genera demora en la terminación y legalización de los mismos.
2. Una vez legalizados los contratos no son notificados de inmediato a los supervisores designados.
3. Los retrasos en la contratación causan demoras en los requerimiento de insumos.
4. Las solicitudes de las unidades no son oportunas
5. El cambio del sistema
6. No existencia de un sistema de información integral que facilite el control de existencias en bodega.
7. Inoportunidad en la gestión de pedidos de insumos
8. No cumplimiento de procedimiento de solicitud y entrega de pedidos

1. Edificaciones no sismo resistentes (normatividad vigente)
2. Deterioro Natural de la Infraestructura
3. Uso inadecuado de las instalaciones físicas
4. Sedes no propias de la institución
5. Recursos financieros limitados y supeditados a aprobación por parte de otras entidades externas.
6. Incumplimiento de los programas de mantenimiento preventivo de las instalaciones físicas de la Subred

1. Servicios no prestados por falta de personal de aseo y guardas de seguridad
2. Demoras en la contratación de los diferentes proveedores
3. Inadecuada supervisión de los contratos

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. No adherencia a los manuales de funcionamiento de los equipos por los 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 análisis y adquisición de la tecnología
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. Desconocimiento o no adherencia de la Normatividad vigente, Manual de Contratacion y Procedimiento asociado. 2. No cumplimiento de los deberes en las atribuciones dadas a los supervisores.
3. Rotacion de funcionarios y/o colaboradores que son designados como supervisores.
4. Falta de sentido de pertenencia de la cosa publica.
5. Renuencia del contratista al cumplimiento de sus obligaciones contractuales.

1. Desconocimiento de la normatividad vigente.
2. Falta de competencia de los evaluadores de los procesos de selección.
3. Falta de adherencia a los terminos establecidos por la normatividad que rige el proceso (Pliego o invitación)
4. Incumplimiento de los términos para realizar la liquidación de los contratos.

Incumplimiento en las fechas de radicación
No realizar con anterioridad la pre-auditoria 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

Deficiencias en el ingreso de los registros en el Sistema de Información Seven, en los distintos módulos administrativos o financieros que afectan el flujo contable de la ESE.

Inconsistencias e inoportunidad de hechos económicos en la generación de ingresos y de gastos por parte de cada uno de los demás procesos.

Demora en la generación de reportes para la toma de decisiones.

Falta de reclasificación y ajustes a saldos iniciales contables, sujetos de depuración y saneamiento contable

Falta de articulación de los procesos entre las áreas

La generación de ingresos no responde a las necesidades presupuestales del gasto.

No radicar dentro de los tiempos definidos en la normatividad vigente.

No contar con un plan de compras actualizado.

Incumplimiento del protocolo de seguridad de la Secretaría de Hacienda, adoptado por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.

Incumplimiento de los lineamientos internos

1. No claridad en el registro de perfiles en los requerimientos de talento humano solicitados
2. Vinculación de talento humano que no cumple con las competencias y requisitos según perfil de acuerdo con el servicio.
3. Inoportunidad en la verificación de títulos reportados durante el proceso

1. Desactualización de la caracterización de la población laboral de la Subred.
2. Metodología de identificación de necesidades que no permite detectar las necesidades reales.
3. Heterogeneidad en las variables demográficas de las personas que trabajan en la Subred.
4. Falta de articulación de las actividades de Bienestar con la Misión y Objetivos Estratégicos de la Subred.
5. Desconocimiento de modificaciones normativas que rigen el tema.
6. Clima laboral de inseguridad, dolor y temor, porque la Subred aún se encuentra en proceso de transición desde lo cultural, operativo y de comunicación.
7. Baja participación del personal en el diagnóstico y ejecución del programa de Calidad de Vida Laboral.

1. Informe de capacidad Instalada que no obedezca a las condiciones reales de la oferta y demanda en el servicio.
2. Alta rotación de personal
3. No cumplimiento del indicador de oportunidad en el proceso de contratación y selección.
4. Viabilidad presupuestal para contratación de Talento Humano.
5. Falta de oportunidad en la información de reubicación del personal .

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 entes de control)

*Fallas en los webservices que permiten el envío de información entre los componentes hospital y seven.

Falta de socialización de las políticas de confidencialidad de la información.

Divulgación de usuarios y contraseñas del sistema a personas diferentes a los usuarios finales autorizados.

1. Desconocimiento de las tipologías y características de sucesos de seguridad del paciente.
2. Cobertura insuficiente en capacitación y entrenamiento en sucesos de seguridad del paciente.
3. Inadecuada clasificación y gestión de EVENTOS ADVERSOS.

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
6. falta de medición de cultura de humanización a nivel de subred

1. Ausencia de un modelo de mejora unificado para la subred secundario a reorganización del sector
2. Desconocimiento del modelo de mejora por parte de los colaboradores
3. Afectación del logro de los objetivos de la organización.
4. Falta de cierre del ciclo de mejoramiento

No apropiación de la información transmitida por el Direccionamiento Estratégico .

Difundir información no oficial entre los colaboradores

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.

Desconocimiento de los cambios en el entorno de la Subred que pueden afectar las propuestas de mercadeo.

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.

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.

Falta de apoyo del área al que le corresponda conceptuar sobre aspectos médicos relacionados con la historia clínica del paciente (Reparaciones directas)

Insuficiencia de espacio para la custodia y conservación de los expedientes y/o información

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. Falta de adherencia a protocolos, manuales, guías 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.

1. Inadecuada planeación del Plan Anual de Auditoría
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 auditorías a realizar
6. Solicitud de requerimientos no contemplados en el programa de auditoría (auditorías especiales, requerimientos extras)
7. Inoportunidad o no realización del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
8. Entrega de información inoportuna o incompleta por parte de los procesos

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. Falta de fortalecimiento técnico al talento humano.
5. Frágil proceso de articulación y alianzas estratégicas con otros actores s para dar respuestas intersectoriales.

- 1, Talento humano insuficiente o no competente para el logro del cumplimiento de metas.
2. Insumos insuficientes 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. 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.

1. Falta de adherencia a los programas 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. Baja captación a los programas de P y P

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 Guías de Control prenatal, recién nacido y CYD
5. Debilidad en la canalización a programa de regulación de la fecundidad

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 identificación oportuna de factores de riesgo en los diferentes espacios de intervención y Yo durante la consulta.

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 implementación de un sistema de información para el registro de las HC a nivel de la Subred

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. 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. Distracción del personal por uso de equipo celulares

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

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

1. Insuficiencia en la capacidad instalada de Talento 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. Baja Adherencia a manuales y guías de atención de urgencia

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. Bajo rendimiento
2. Sistema de información enlentece los procesos de atención
3. Cancelación de agendas por actividades no programadas previamente como capacitaciones ▯

1. Pérdidas financieras
2. Bajo rendimiento
3. Desconocimiento del procedimiento de asignación de citas

1. Aumento de las cantidades de insumos a adquirir y proyectados.
2. Información errónea 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 institución

1. No se aplican los correctos para la dispensación
2. Exceso de confianza del auxiliar.
3. Almacenamiento erróneo de unidades previamente devueltas.

1.El usuario no llega preparado para la toma porque se atiende a demanda y no con cita previamente establecido para la toma.

2.Falta de uso de estrategias de comunicación como la comunicación redundante por parte del personal que atiende al paciente para las recomendaciones.(primer contacto,auxiliares y profesionales).

*No oportunidad por parte del Trabajador Social de la identificación del paciente de su condición de abandono. * Infecciones del paciente.

*Integrantes del COPACO con compromisos políticos. *No claridad de los líderes comunitarios sobre los criterios técnicos de los procesos de representación en Salud. *Representantes del Copaco no éticos en su desempeño.

comunidad

s activos

EXTERNAS

1. Demora en la legalización de los contratos por parte de los proveedores
2. Algunos proveedores no cuentan de inmediato con los insumos requeridos
3. El incremento de la moneda externa causa dificultades en el proceso contractual
4. Inoportunidad en la entrega de los productos por parte de los proveedores

Cambio en la legislación o regulación nueva

1. Incumplimiento en las obligaciones contractuales de los proveedores
2. Traslados de materiales a los diferentes centros de forma inoportuna
3. Retiro ocasional de los proveedores
4. Inconformidad de los usuarios □

1. Cambio de la legislación o regulación 2. Incumplimiento en las entregas de materiales

N/A

N/A

Cambio de normatividad en el sistema de seguridad social.

Falta de solvencia de pagadores

Inconsistencia de información de pagadores (personas naturales).

Cambio en la normatividad vigente NIIF

Implementación nuevo sistema de información

Cambio de Normatividad.

Situación financiera del sector salud.

Cambio en los lineamientos de la contratación.

Falta de seguridad en el operador bancario.

Incumplimiento de la normatividad vigente.

Procesos administrativos y judiciales

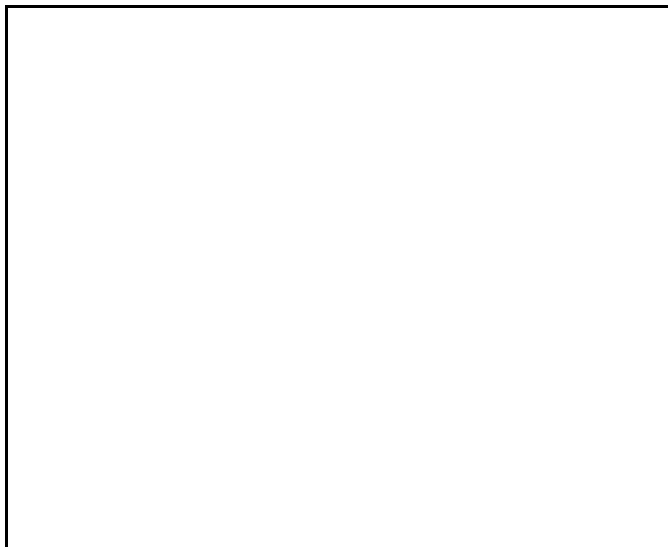
1. Inoportunidad en la respuesta de las instituciones educativas, en relación con la verificación de títulos.

1. Normatividad que excluye al personal vinculado por prestación de servicio, en la ejecución de actividades de Bienestar y Capacitación.

1. La oferta de honorarios en el sector Salud.
2. Los perfiles muy específicos del nivel especializado de servicios asistenciales de difícil consecución

Intervenciones fraudulentas al sistema por externos.

Proveedor del servicio sin la capacidad técnica requerida para soporte.



NA

Impacto negativo en los servicios que presta la Subred entre sus usuarios

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.

Falta de especialización de servicios en las cuatro subredes

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.

Ninguna

Que el llamamiento en garantía de la aseguradora, no asuma la responsabilidad de la obligación que le corresponde.

NA

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

Falta de formación en el marco de la seguridad del usuario en las instituciones educativas tanto por parte del docente como del estudiante.

1. Cambios normativos □

Falta de corresponsabilidad por parte del usuario.
No aceptación del usuario.

Información

erronea e incompleta.

Metas poblacionales del contrato PIC no acordes a la realidad de la subred

Recursos asignados por contrato PIC insuficientes para las necesidades de las comunidades de la subred

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 interés en salud pública: 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

Hurto por inseguridad de la zona objeto de intervención

1. Determinantes sociales (culturales, económicos, geográficos, etc)

2. Baja corresponsabilidad del usuario frente a su situación de salud

1. Determinantes sociales (culturales, económicos, geográficos, etc)

2. Barreras de contratación para la implementación de la consulta preconcepcional

3. Baja corresponsabilidad del usuario frente a su situación de salud

7. Población flotante y en condición de desplazamiento.

1. La baja adherencia a hábitos y estilos de vida saludables de la población
2. Componente genético hereditario (antecedente familiar de hipertensión)
3. Baja corresponsabilidad del usuario frente a su situación en salud

Deficit de formación en el pregrado

1. Evento catastrófico externo
2. Prácticas y creencias culturales de los usuarios

Ninguna

Falta de autorización de la EPS

Condiciones clínicas del paciente

1. Evento catastrófico o emergencia que supere capacidad física y humana instalada
2. Prácticas inapropiadas de los usuarios de utilización del servicio de urgencias

Condiciones sociales, económicas o culturales del usuario y su familia.
Conocimientos del pregrado

1. No aceptación oportuna por parte de las IPS de los pacientes en trámite de remisión
2. Demora en el proceso de autorización por las aseguradoras.
3. No aceptación de traslado por parte del paciente y/o cuidador

Baja oferta de especialidades a nivel distrital

Falta de cultura ciudadana en la adecuada utilización del servicio público de la salud.

1. Desabastecimiento de medicamentos
2. No producción de un medicamento o dispositivo médico en patente, por revalidación de los procesos de un laboratorio.

0

Inadecuada Corresponsabilidad del Usuario.

*Ausencia de red de apoyo familiar y/o social. *

Insuficiente red institucional distrital para ciudadanos en
condicion de abandono social *Baja coresponsabilidad
del ciudadano con el pago de cuotas de recuperación.

*Procesos electorales simultáneos a los de la organización
comunitaria. *Abordaje de
escenarios comunitarios como COPACO por parte de
candidatos a corporaciones públicas.

*Cange de apoyos económicos por votos.

<p>CONSECUENCIAS/ EFECTOS</p>	

<ol style="list-style-type: none"> 1. No atención a usuarios por no contar con los insumos 2. Cancelación de cirugías 3. Quejas de los usuarios 4. Sanciones 5. Cierre de servicios 6. evento adverso por daño en el paciente 7. perjuicios económicos por reparación directa 	3
<ol style="list-style-type: none"> 1. Deficiencia en la prestación de los servicios al usuario por falla en la infraestructura 2. Incapacidades temporales o permanentes a usuarios y/o colaboradores 3. Eventos adversos 4. Disminución de la producción 5. Accidentes graves de colaboradores, usuarios y visitantes. 6. Insatisfacción de usuarios y colaboradores. 7. Propiciar condiciones para el aumento de infecciones y eventos adversos 8. Deterioro en las instalaciones e infraestructura. 	2
<ol style="list-style-type: none"> 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. 	3

<ol style="list-style-type: none"> 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
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sucesos de seguridad con afectación a usuarios 2. Demandas 3. Insatisfacción de los usuarios 4. Afetación de la imagen institucional. 5. Pérdida de pagadores. 6. Afectación Financiera de la entidad. 7. inhabilitación de servicios. 	3
<ol style="list-style-type: none"> 1. Detrimento patrimonial. 2. Sanciones de tipo Administrativo, disciplinario, fiscal y/o penal. 	3

<p>1. Demandas Administrativas a la entidad. 2. Detrimento patrimonial. 3. Sanciones de tipo Administrativo, disciplinario, fiscal y/o penal</p>	<p>3</p>
<p>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</p>	<p>3</p>
<p>Dictamen negativo o no razonable por parte de los entes de control y sanciones disciplinarias por la entrega inoportuna de la información. Informes financieros que no reflejan la realidad económica y financiera de la entidad. Toma de decisiones basadas en datos errados.</p>	<p>3</p>

<p>Recursos insuficientes que impiden ejecutar gasto.</p> <p>Multas o sanciones por incumplimiento en las obligaciones contractuales adquiridas.</p> <p>Falta de liquidez</p>	<p>4</p>
<p>Fraude y/o perdida de dinero</p> <p>Investigaciones Administrativas, disciplinarias, penales y fiscales.</p> <p>Genera detrimento patrimonial</p>	<p>4</p>
<p>Sanciones, multas y procesos fiscales</p>	<p>2</p>
<p>1. Afectación del servicio prestado (incumplimiento de los estándares esperados de calidad, demandas, quejas) 2. Disminución en la oportunidad de la prestación de servicios. 3. No cumplimiento de la Productividad. 4. No tener continuidad en las actividades programadas. 5. Rotación de personal 6. Clima laboral inadecuado</p>	<p>3</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. Desmejoramiento del clima laboral. 2. Desmotivación de los colaboradores. 3. Afectación del desempeño individual y organizacional. 4. Desmejora en la prestación de los servicios de la Subred. 5. Pérdida de recursos económicos. 6. Disminución de la productividad por ausentismo laboral. 	4
<ol style="list-style-type: none"> 1. Inoportunidad en la prestación de servicios 2. Demandas a la Subred. 3. Sanciones disciplinarias, fiscales y/o penales. 4. Deterioro de la imagen institucional. 	3
<ul style="list-style-type: none"> * 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

<p>*No disponibilidad de los datos en el componente seven en tiempo real, garantizando la consistencia de los datos.</p>	4
<p>Divulgación de información de la Historia Clínica a personas diferentes al dueño de la misma. Sanciones Pérdida de información</p>	4
<p>1. Reincidencia de sucesos de seguridad 2. Demandas o sanciones 3. Pérdida de imagen</p>	3
<p>1. Insatisfacción de los usuarios 2. Demandas 3. Pérdida de imagen institucional 4. No fidelización del usuario</p>	4

<p>1.Reprocesos y demoras 2.Ineficiencia administrativa 3.Debil cultura de la mejora a nivel institucional</p>	<p>4</p>
<p>* Desconocimiento de los logros y avances institucionales. * Falta de información de las actividades realizadas por la entidad * Desinformación * Mala orientación a los colaboradores.</p>	<p>3</p>
<p>Imagen negativa sobre la prestación de los serviicos prestados en la Subred entre sus usuarios</p>	<p>3</p>

<p>Facturación por debajo de lo requerido por la entidad para sostenibilidad financiera.</p> <p>Incumplimiento de las metas institucionales frente al incremento de facturación.</p>	<p>5</p>
<p>Sanciones disciplinarias.</p> <p>Entrega inoportuna de informes de ley.</p> <p>Debilidad en la toma de decisiones a nivel estratégico y técnico.</p>	<p>5</p>

<p>Sanciones disciplinarias.</p> <p>Afectación en la calificación del desempeño del Plan de Gestión de la Gerencia.</p>	4
<p>Demandas, sanciones, condenas económicas, detrimento patrimonial</p> <p>Multas para la entidad, acción de repetición, indemnizaciones, afectando su imagen y probables</p> <p>perdidas económicas</p>	4
<p>Dilación de los procesos por reconstrucción por pérdida de la información.</p>	4

<ol style="list-style-type: none"> 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 infraestructura para la ESE 7. Demora o no pago de contraprestación pactada 	3
<ol style="list-style-type: none"> 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
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sanciones legales 2. Incumplimiento del Plan Operativo Anual 3. Bajo alcance de la evaluación independiente a la gestión institucional. 	5

<ol style="list-style-type: none">1. Bajo impacto en la salud de la población beneficiaria del programa2. Pérdida de recursos financieros3. Subejecución del contrato4. Disminución de la cobertura de la población	3
<ol style="list-style-type: none">1. Bajo impacto en la salud de la población beneficiaria del programa.2. Pérdida de recursos financieros3. Subejecución del contrato4. Disminución de la cobertura de la población	2

<ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdidas de recursos financieros 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
<ol style="list-style-type: none"> 1. Deterioro de la Calidad de Vida del Usuario 2. Incremento en morbilidad y mortalidades prevenibles 3. Incremento en los costos de atención. 4. Incremento de comorbilidades 5. Disminución de la expectativa de vida 6. No afectación positiva de los estilos de vida de los usuarios 	3
<ol style="list-style-type: none"> 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

<ol style="list-style-type: none"> 1. Comorbilidad asociada 2. Daño de órgano blanco 3. Afectación del entorno familiar y personal del usuario 4. Afectación económica 5. Lesión o daño permanente 	3
<ol style="list-style-type: none"> 1. Complicaciones del paciente por no continuidad de la atención 2. Daño antijurídico 3. Disminución de la calidad en la prestación del servicio. 4. Incumplimiento contratos suscritos con las aseguradoras 	3
<ol style="list-style-type: none"> 1. Lesión o daño permanente del usuario 2. Aumento de costos de la atención. 3. Investigaciones de tipo legal. 4. Pérdida de Imagen Institucional 	4
<ol style="list-style-type: none"> 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

<ol style="list-style-type: none"> 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
<ol style="list-style-type: none"> 1. Deterioro del estado de salud del pcte 2. Daño antijurídico 3. Insatisfacción del usuario 4. Pérdida de credibilidad en la institución 	3
<ol style="list-style-type: none"> 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
<ol style="list-style-type: none"> 1. Daño antijurídico 2. Evento Adversos. 3. Complicaciones del usuario 	3

<ol style="list-style-type: none"> 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
<ol style="list-style-type: none"> 1. Insatisfacción de los usuarios 2. Deterioro de la imagen institucional 3. Incumplimiento normativo y de las obligaciones contractuales 4. Pérdida económicas 	3
<ol style="list-style-type: none"> 1. Desequilibrio finanicero negativo. 2. No cumplimiento de metas en la prestación de los servicios 	3
<ol style="list-style-type: none"> 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

<p>1. Eventos adversos. 2. Perdas económicas 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</p>	<p>3</p>
<p>1. No atención del usuario y devolución del mismo Demandas. 2. Quejas, eventos adversos, complicaciones. 3. Diagnóstico y manejo inoportuno del paciente.</p>	<p>3</p>
<p>*Baja rotación de camas para la atención hospitalaria.</p>	<p>3</p>
<p>Perdida de credibilidad de la organización. * Conflictos internos de los actores comunitarios y políticos. * Retrazo de los procesos sociales * Manipulación de la información relacionada con el sector Salud.</p>	<p>3</p>

ANÁLISIS Y VALORAC

<p>PROBABILIDAD</p>	<p>IMPACTO</p>	<p>RIESGO INHERENTE / ZONA DE RIESGO</p>
----------------------------	-----------------------	---

Posible	3	MODERADO	9 Alta
Improbable	4	MAYOR	8 Alta
Posible	3	MODERADO	9 Alta

Posible	3	MODERADO	9 Alta
Posible	3	MODERADO	9 Alta
Posible	5	CATASTRÓFICO	15 Extrema

Posible	5	CATASTRÓFICO	15 Extrema
Posible	3	MODERADO	9 Alta
Posible	3	MODERADO	9 Alta

Probable	3	MODERADO	12 Alta
Probable	3	MODERADO	12 Alta
Improbable	4	MAYOR	8 Alta
Posible	4	MAYOR	12 Extrema

Probable	4	MAYOR	16 Extrema
Posible	4	MAYOR	12 Extrema
Posible	4	MAYOR	12 Extrema

Probable	4	MAYOR	16 Extrema
Probable	4	MAYOR	16 Extrema
Posible	5	CATASTRÓFICO	15 Extrema
Probable	4	MAYOR	16 Extrema

Probable	4	MAYOR	16 Extrema
Posible	3	MODERADO	9 Alta
Posible	3	MODERADO	9 Alta

Casi Seguro	4	MAYOR	20 Extrema
Casi Seguro	4	MAYOR	20 Extrema

Probable	4	MAYOR	16 Extrema
Probable	4	MAYOR	16 Extrema
Probable	4	MAYOR	16 Extrema

Posible	4	MAYOR	12 Extrema
Posible	4	MAYOR	12 Extrema
Casi Seguro	4	MAYOR	20 Extrema

Posible	3	MODERADO	9 Alta
Improbable	1	INSIGNIFICANTE	2 Baja

Posible	2	MENOR	6 Moderada
Posible	3	MODERADO	9 Alta
Posible	4	MAYOR	12 Extrema

Posible	3	MODERADO	9 Alta
Posible	4	MAYOR	12 Extrema
Probable	4	MAYOR	16 Extrema
Posible	3	MODERADO	9 Alta

Probable	3	MODERADO	12 Alta
Posible	3	MODERADO	9 Alta
Posible	5	CATASTRÓFICO	15 Extrema
Posible	5	CATASTRÓFICO	15 Extrema

Posible	4	MAYOR	12 Extrema
Posible	3	MODERADO	9 Alta
Posible	3	MODERADO	9 Alta
Posible	3	MODERADO	9 Alta

Posible	3	MODERADO	9 Alta
Posible	2	MENOR	6 Moderada
Posible	3	MODERADO	9 Alta
Posible	3	MODERADO	9 Alta

1
2
3
4
5

CIÓN DEL RIESGO

CIÓN DEL RIESGO			
CONTROLES EXISTENTES	CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	RIESGO RESIDUAL / ZONA DE RIESGO	TRATAMIENTO DEL RIESGO: - EVITAR - REDUCIR - COMPARTIR O TRANSFERIR - ASUMIR
NATURALEZA DE LOS CONTROLES			
PREVENTIVOS CORRECTIVOS DETECTIVOS			

Preventivo	55	6 Moderada	Evitar y Reducir
Preventivos, correctivos, detectivos	70	4 Alta	Evitar
Preventivos, correctivos, detectivos	70	6 Moderada	Evitar

preventivos CORRECTIVOS	100	3 Moderada	EVITAR
Correctivo	55	6 Moderada	REDUCIR
Preventivo	100	5 Alta	Evitar

Preventivo	100	5 Alta	Evitar
Preventivo	100	3 Moderada	Evitar
Preventivo	100	3 Moderada	Evitar

Preventivo	100	6 Moderada	Evitar
Correctivo	100	6 Moderada	Evitar
Preventivo	100	4 Baja	Evitar
Preventivo	100	4 Alta	Evitar

Preventivo	100	8 Alta	Reducir Compartir
Preventivo	100	4 Alta	Reducir
Preventivo	100	4 Alta	Reducir

Correctivo	45	16 Extrema	Transferir y Compartir
Correctivo	45	16 Extrema	Transferir y Compartir
Detectivo	100	5 Alta	Evitar
Correctivo	100	8 Alta	Evitar

Correctivo	100	8 Alta	Evitar
Preventivo	100	3 Moderada	Reducir
Preventivo	55	3 Moderada	Evitar

Preventivo	100	12 Extrema	Evitar
Preventivo	75	12 Extrema	Evitar

Preventivo	100	8 Alta	Evitar
Preventivo	100	8 Alta	Evitar
Preventivo	100	8 Alta	Evitar

Preventivo	75	4 Alta	Evitar
Preventivo	60	8 Alta	Reducir
Correctivo	100	12 Extrema	Reducir

Preventivo	85	3 Moderada	REDUCIR
Preventivo	70	1 Baja	Reducir

Correctivo	70	4 Baja	Compartir o Transferir
Preventivo	85	3 Moderada	Reducir
Preventivo	100	4 Alta	Reducir

Preventivo	100	3 Moderada	Reducir
Preventivo	75	8 Alta	Reducir
Preventivo	100	8 Alta	Reducir
Preventivo	100	3 Moderada	Evitar

Preventivo	100	6 Moderada	Evitar
Preventivo	100	3 Moderada	Reducir
Preventivo	100	5 Alta	Reducir
Preventivo	100	5 Alta	Reducir

Correctivo	70	4 Alta	Reducir
Correctivo	100	3 Moderada	Reducir
Correctivo	100	3 Moderada	Reducir
Preventivo	100	3 Moderada	Evitar

Preventivo	100	3 Moderada	Reducir
Preventivo	100	2 Baja	Reducir
Preventivo	100	3 Moderada	Evitar, reducir, compartir y asumir
PREVENTIVOS-PREVENTIVOS-DETECTIVOS	100	3 Moderada	Evitar, reducir, compartir y asumir

PLAN DE A	
ACCIONES A IMPLEMENTAR	CRONOGRAMA DE LAS ACCIONES

<ol style="list-style-type: none"> 1. Planeción a los requerimientos de contratación. 2. Seguimiento a la contratación 3. Exigencias del cumplimiento de los contratos a cada uno de los proveedores. 4. gestión y control de pedidos 5. realizar seguimientos periódicos a la entrega 	<p>Semestral</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementacion del Plan de Mantenimiento de Infraestructura 2. Unificar , socializar y realizar seguimiento al Plan 3. Seguimiento al cumplimiento del Cronograma de mantenimiento por sedes. 4. Identificacion de necesidades de mantenimiento de la planta física 5. Plan de Intervenciones en infraestructura y mantenimiento 6. Implementación y seguimiento al Plan de mantenimiento 	<p>Semestral</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer seguimiento y control al contrato en su ejecución. 2. Tener plan de contingencia documentado por parte del proveedor del servicio. 	<p>Semestral.</p>

<p>1.Cumplimiento de la normatividad ambiental vigente.</p> <p>2. Cumplimiento de los Programas, Objetivos y metas del PIGA (Plan Institucional de Gestion Ambiental) concertados con la Autoridad ambiental y PGRH.</p>	<p>Trimestral</p>
<p>1. Programa de tecnovigilancia</p> <p>2. Ejecución de capacitaciones y acompañamiento en tecnovigilancia</p> <p>3. Hojas de vida de equipos biomédicos</p> <p>4. Capacitaciones en tecnovigilancia</p> <p>5.Capacitación del uso de la tecnología.</p> <p>6.Rondas de verificación de necesidades de dotación de los servicios a proveedores.</p>	<p>Semestral</p>
<p>1. Capacitacion a los supervisores. 2,Asesoría personalizada a los supervisores según requerimiento de los mismos. 3. Socialización Estatuto y Manual de contratación.</p>	<p>TRIMESTRAL</p>

<p>1. Realizar sesiones del Comité evaluador en los procesos de convocatoria pública, en el cual participan distintas áreas de la institución. 2. Matriz contractual de los procesos de bienes y servicios. 3, Matriz de seguimiento de los contratos terminados para adelantar la liquidación si a ello hubiere lugar.</p>	<p>MENSUALES</p>
<ul style="list-style-type: none"> *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. 	<p>Trimestral</p>
<ul style="list-style-type: none"> * Medir y hacer seguimiento a los tiempos de entrega de la información por cada una de las áreas de la dirección financiera *Realizar oportunamente el Comité de Sostenibilidad Contable y Gestión de Facturación, Cartera y Glosas, cumplir con los compromisos establecidos en cada uno de los comités *Conciliar saldos y movimientos con cada una de las áreas de la dirección financiera *Socializar informes financieros al Comité Directivo, 	<p>Trimestral</p>

<p>* Realizar seguimiento permanente a la ejecución presupuestal.</p> <p>* Realizar seguimiento en el cumplimiento de metas en la facturación y recaudo</p> <p>*Cumplir con el plan de trabajo de facturación, cartera y glosas</p> <p>*Actualizar de los procesos y procedimientos de la Dirección Financiera</p> <p>*Socializar los procedimientos</p>	<p>Trimestral</p>
<p>*Realizar seguimiento a medidas de seguridad del área de Tesorería.</p> <p>*Velar por el cumplimiento al protocolo de seguridad del Área de Tesorería</p> <p>*Realizar monitoreo a las cajas</p> <p>*Realizar seguimiento diario al recaudo de la transportadora</p>	<p>Mensual</p>
<p>Revisar la naturaleza de las transacciones en efectivo mayores a cinco millones de pesos</p>	<p>Mensual</p>
<p>1. Desarrollar con rigurosidad los procedimientos de Planeación y de selección de personal.</p> <p>2. Evaluar las competencias requeridas para el empleo o perfil a vincular, con el acompañamiento en lo posible del líder del servicio donde se requiere el colaborador.</p> <p>3. Seguimiento permanente a las instituciones educativas para efectos que den respuesta oportuna a la solicitud de verificación de títulos.</p> <p>4. Indagar sobre el desempeño de los participantes en el proceso en empleos anteriores.</p>	<p>Trimestral</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. Actualizar la caracterización de la población laboral. 2. Definir con rigor conceptual la metodología para la identificación de necesidades reales. 3. Formulación del Plan teniendo en cuenta la diversidad y los ciclos de vida de los servidores 4. Articular las actividades de bienestar con la misión y objetivos estratégicos de la Subred. 5. Creación de espacios para la actualización normativa y procedimental al equipo de trabajo de Calidad de Vida del Trabajador. 6. Definir y desarrollar estrategias que permitan la construcción de confianza y seguridad para la aplicación de los instrumentos de diagnóstico. 	<p style="text-align: center;">Semestral</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Actualización de la capacidad instalada 2. Garantizar la provisión del personal requerido de acuerdo a la Capacidad Instalada 3. Cumplimiento estricto de los indicadores de oportunidad de Selección y Contratación establecida 4. Realizar ajustes de honorarios del personal que se vincula a la Subred. 	<p style="text-align: center;">Trimestral</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Levantar Activos de Informacion. 2. % avance Implementación SGSI(Plan de seguridad de la Información) 	<p style="text-align: center;">1. SEMESTRAL</p>

<p>1. Seguimiento contractual al proveedor digitalware.</p>	<p>TRIMESTRAL</p>
<p>Socialización de la política de seguridad de la Información. Socialización en el manejo de Login.</p>	<p>SEMESTRAL</p>
<p>1. Ajustar el programa de seguridad del paciente afinando la metodología para la gestión de eventos adversos de los pacientes. 2. Socializar la metodología para registro y análisis de eventos adversos a través de las herramientas institucionales (Incluye taxonomía del evento adverso). 3. Monitorear las acciones de mejoramiento definidas para prevenir los eventos adversos 4. Gestionar el análisis de peligros y puntos críticos de control en los eventos adversos. 5. Retroalimentar las lecciones aprendidas frente a la gestión de eventos adversos</p>	<p>TRIMESTRAL</p>
<p>1. Implementar el plan de trabajo del comité de humanización que incluya estrategias para el trato humanizado durante la prestación del servicio. 2. Socializar los lineamientos institucionales sobre humanización que sustentan compromiso institucional con la humanización del servicio 3. Capacitar, Acompañar continuamente a los colaboradores para aportar al cumplimiento del objetivo del programa de Humanización durante la prestación de servicios. 4. Monitorear el logro de resultado del programa de Humanización. 5. Monitorear el grado de satisfacción de los usuarios frente a la atención prestada</p>	<p>SEMESTRAL</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. Ajustar el Manual de Mejora continua que contempla el modelo de mejoramiento de la subred 2. Validar los equipos de mejoramiento de la subred acordes con el modelo 3. Realizar capacitación , entrenamiento y acompañamiento en el modelo de mejora continua y sus herramientas (ALMERA). 4, Ejecutar de los planes de trabajos derivados de la autoevaluación de SUH. 5. Monitorear el avance de planes de mejoramiento con retroalimentación de resultados en mesa de mejora institucional 	<p style="text-align: center;">TRIMESTRAL</p>
<ul style="list-style-type: none"> * Publicar los temas de interés general para los colaboradores de la Subred a través de chat y del correo electrónico por ser los canales más consultados por los funcionarios. * Medir por medio de una encuesta la adherencia o apropiación de los temas de interés publicados entre los colaboradores 	<p style="text-align: center;">Trimestral</p>
<ul style="list-style-type: none"> * Construir la base de datos de los periodistas que cubren la fuente. * Realizar acercamientos con los diferentes medios de comunicación. * Contar con un servicio de monitoreo de medios. 	<p style="text-align: center;">Trimestral</p>

<p>Fortalecer los mecanismos de mercadeo para contratar con pagadores diferentes al FFDS y Capital Salud.</p>	<p>TRIMESTRAL</p>
<p>Fortalecer el sistema de información de la Subred para mejorar la captura del dato.</p> <p>Ajustar el procedimiento de RIPS y socializarlo al equipo de trabajo de primera línea y profesionales de la salud.</p> <p>Capacitar a los profesionales de la salud frente al diligenciamiento de la historia clínica para mejorar la calidad del dato.</p> <p>Implementar etapa de validación de la información por parte de los directores misionales para mejorar confiabilidad de los datos.</p>	<p>TRIMESTRAL</p>

<p>Revisar y ajustar las metas del PDI de acuerdo con los cambios del entorno.</p> <p>Socializar las metas de PDI en página web y con los líderes de los procesos.</p> <p>Realizar seguimiento al a las metas del PDI a través de los POAS por proceso.</p> <p>Definir e implementar acciones de mejora frente a las desviaciones identificadas en los seguimientos.</p>	TRIMESTRAL
<p>Documentar los procedimientos inherentes a la defensa de la Entidad.</p> <p>Seguimiento a los procesos judiciales a través de la página sprojw.</p>	Trimestral
<p>Establecer medidas de seguridad para el control de acceso de personal no autorizado al área jurídica,</p>	semestral

<p>1. Realizar autoevaluación de los estándares por escenario de práctica al 20 % de la totalidad de los escenarios</p> <p>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) []</p>	<p>TRIMESTRAL</p>
<p>1. Fortalecimiento en la inducción de estudiantes y docentes frente a la responsabilidad de la seguridad del usuario en la prestación del servicio.</p> <p>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</p> <p>3. Monitoreo a la adherencia de las actividades relacionadas con planeación de sesiones educativas a docentes, colaboradores y estudiantes.</p>	<p>TRIMESTRAL</p>
<p>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).</p>	<p>Realizar comité a mas tardar 31 de julio y 31 de enero de la vigencia</p>

<ol style="list-style-type: none">1. Gestionar la contratación del TH y los insumos para la adecuada operación del PIC2. Implementación de tableros de control y seguimiento (Plan Programático Presupuestal)3. Fortalecimiento técnico al TH4, Fortalecer acciones de articulación a nivel sectorial e intersectorial.	Trimestral
<ol style="list-style-type: none">1. Fortalecer los procesos de selección del TH para el PIC2, Fortalecer los procesos de inducción y reinducción para las obligaciones contractuales3, Gestión de la disponibilidad de los insumos para la operación del PIC4. Auditoria concurrente a las acciones extramurales5. Preauditoria.	Trimestral

<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Trimestral</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer la complementariedad en los analisis de la situación en salud 2. Fortalecer la identificación de necesidades de educación en salud 3. Mantener al monitoreo a los Programas de P y D 4. Mantener el proceso de capacitación y fortalecimiento de competencias con el personal de salud 5. Seguimiento semanal a inasistentes a programas 6. Continuar con la articulación de acciones con salud pública 	<p>Trimestral</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer las competencias del talento humano que atiende población materno perinatal e infantil 2. Mantener la evaluación de Guías de manejo 3. Mantener el monitoreo a la adherencia a esquemas de tamizaje 4. Fortalecer la expansión de las estrategias materno infantiles 5. Continuar con la articulación de acciones con salud pública. 	<p>Trimestral</p>

<p>1. Fortalecer las competencias del talento humano que atiende población materno perinatal e infantil con patología crónica</p> <p>2. Monitorear la demanda inducida por parte de los diferentes perfiles a los Programas de PyD de la Subred y a la activación de la RIAS de Atención al paciente crónico</p> <p>3. Mantener la evaluación de Guías de manejo de Diabetes e Hipertensión</p> <p>5. Realizar Asistencias técnicas en las sedes de la Subred por parte del Referente del programa de Crónicos</p>	<p>Trimestral</p>
<p>1. Socializar el manual de historias clínicas</p> <p>2. Evaluar la calidad de los registros clínicos en los servicios de hospitalización</p> <p>3. Realizar auditoría concurrente en el servicio</p> <p>4. Efectuar seguimiento a las acciones de mejora implementadas como resultado de las auditorías</p>	<p>TRIMESTRAL</p>
<p>1. Fortalecer la revista de enfermería de para identificar ptes con riesgo de caída</p> <p>2. Reforzar la comunicación del equipo de salud con el pte y su familia</p> <p>3. Autorizar acompañante a los usuarios a los que se identifique riesgo de caída</p> <p>4. Solicitar oportunamente requerimientos de talento humano, insumos, mantenimiento de infraestructura, equipos y elementos devolutivos necesarios para la prestación del servicio.</p> <p>5. Efectuar seguimiento a las acciones de mejora producto de los análisis efectuados a eventos adversos del servicio</p>	<p>MENSUAL</p>
<p>1. Realizar supervisión de la administración de medicamentos cuando se realice por delegación y evidenciar en los registros clínicos</p> <p>2. Fortalecer la educación al pte y su familiar como elemento protector durante la administración de medicamentos</p> <p>3. Reforzar la buena práctica de seguridad del pte mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos</p> <p>4. Evaluar la adherencia a la buena práctica</p>	<p>TRIMESTRAL</p>

<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>TRIMESTRAL</p>
<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>TRIMESTRAL</p>
<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Semestral</p>
<ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>Semestral</p>

<ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>Semestral</p>
<ol style="list-style-type: none"> 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 oportunidad en consulta externa. 3. Monitorear las causas de insatisfacción 4. Implementar estrategia de consulta espejo 	<p>Mensual</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Seguimiento semanal a los inasistencias 2. Fortalecer las estrategias 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 	<p>Mensual</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar seguimiento a los indicadores de oportunidad y entrega completa de medicament.s 2. Fortalecer la supervisión de contratos 3. Verificar la oportunidad en la solicitud de los pedidos 	<p>Trimestral</p>

<p>1. Fortalecer 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</p>	<p>Trimestral</p>
<p>1. Entrega de recomendaciones a los usuarios para la preparación para la toma de las muestras . 2.Realizar seguimiento a las inatenciones por inadecuada preparaciòn en el laboratorio 3. Realizar seguimiento a las acciones de mejora implementadas como resultado de los análisis</p>	<p>Trimestral</p>
<p>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.</p>	<p>Trimestral</p>
<p>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.</p>	<p>Trimestral</p>

ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

INDICADOR DEL RIESGO	META DEL INDICADOR	RESPONSABLE (ÁREA / CARGO)	ESCALA DE MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO
----------------------	--------------------	----------------------------	--------------------------------------

<p>No. de fallas presentadas en los servicios por el no suministro de insumos en el periodo</p>	<p>Establecer línea base</p>	<p>Profesional de apoyo de la dirección administrativa</p>	<p>No hay datos como subred</p>
<p>No. Eventos adversos o accidentes laborales asociados a infraestructura/ total eventos presentados * 100.</p>	<p>menor o igual a 1% de los eventos adversos asociados a infraestructura</p>	<p>Mantenimiento e Infraestructura</p>	<p>No hay datos como subred</p>
<p>No. De infecciones presentadas por fallas en limpieza y desinfección de áreas/ total infecciones*100</p>	<p>Establecer línea base</p>	<p>Coordinador de mantenimiento e infraestructura</p>	<p>No hay datos como subred</p>

Residuos gestionados/ residuos generados * 100	90%	Direccion administrativa - Proceso de Gestion Ambiental.	No hay datos como subred
No. de sucesos de seguridad causados por fallas de equipos biomedicos gestionados / No. total de de sucesos reportados correspondientes al proceso	menor o igual a 1%	Lider biomédico/ área de planeación/Activo fijos.	No hay datos como subred
SUPERVISORES CAPACITADOS/SUPERVISORES DESIGNADOS	100%	DIRECCION DE CONTRATACIÓN	No hay datos como subred

<p>OBSERVACIONES PRESENTADAS POR CADA PROCESO DE SELLECCION / PROCESOS DE SELECCIÓN ADELANTADOS</p>	<p>100%</p>	<p>DIRECCION DE CONTRATACIÓN</p>	<p>No hay datos como subred</p>
<p>Porcentaje de recuperación de cartera de cuentas por cobrar vencidas menor a 180 días.</p>	<p>55%</p>	<p>Directora Financiera</p>	<p>No hay datos como subred</p>
<p>(Numero Total de informes inoportunos y/o con falta de confiabilidad / Total de informes presentados*100</p>	<p>0%</p>	<p>Directora Financiera</p>	<p>No hay datos como subred</p>

Suficiencia de las apropiaciones presupuestales / actividades planeadas de la Institución*100	80%	Directora Financiera	No hay datos como subred
Porcentaje de recursos perdidos	0%	Directora Financiera	No hay datos como subred
transacciones mayores a cinco millones / total transacciones en efectivo*100	Identificar el 100% de las transacciones en efectivo superiores a cinco millones de pesos	Directora Financiera	No hay datos como subred
Total de colaboradores que se vinculan en el período con cumplimiento de requisitos para la contratación según perfil / Total de colaboradores que se vinculan en el periodo *100	0%	Responsable procedimiento de Selección	No hay datos como subred

<p>Número de actividades propuestas en el plan de trabajo/ número de actividades ejecutadas *100</p>	<p>1. Ejecución de los programas de Bienestar en un 90%.</p> <p>2. Ejecución del programa de S y S T de acuerdo a la resolución No. 1111 del 2017 al 100%</p>	<p>Subproceso Calidad de Vida del Trabajador</p>	<p>No hay datos como subred</p>
<p>Número de requerimientos gestionados para la contratación en el período / Número de requerimientos solicitados en el período *100</p>	<p>Garantizar que el 100% de las solicitudes de Talento Humano sean gestionadas para la prestación del servicio.</p>	<p>Responsable de Administración del Talento Humano - Selección</p>	<p>No hay datos como Subred</p>
<p>1. Inventarios de activos tecnológicos y de información realizados / Inventario de activos tecnológicos e informáticos programados en las unidades priorizadas en el periodo*100</p>	<p>100%</p>	<p>Director Oficina TIC</p>	<p>No existen datos como Subred.</p>

<p>Numero de procesos de integralidad afectados por no existir integralidad de la información/numero total de procesos*100.</p>	<p>Establecer Linea base</p>	<p>Director Oficina TIC</p>	<p>No existen datos como Subred.</p>
<p>Numero de colaboradores socializados en los procesos priorizados/numero total de colaboradores del proceso*100</p>	<p>Establecer Linea base</p>	<p>Director Oficina TIC</p>	<p>No existen datos como Subred.</p>
<p>Porcentaje de Eventos Adversos Gestionados.</p> <p>(Numero de eventos Adversos Gestionados/ total de eventos adversos presentados en el periodo)*100</p>	<p>Gestionar el 100% de evento adversos identificados en la vigencia</p>	<p>Líder Subproceso Gestión Clínica Excelente y Segura</p>	<p>A nivel de subred línea de base de construcción</p>
<p>Disminucion de manifestaciones negativas por atención deshumanizada:</p> <p>Porcentaje de manifestaciones negativas por trato deshumanizado de la vigencia actual - Porcentaje de manifestaciones negativas por trato deshumanizado de la vigencia anterior*100</p>	<p>Disminuir en un 1% las manifestaciones negativas por atención deshumanizada a partir de la línea base</p>	<p>Líder Subproceso Humanización del servicio</p>	<p>A nivel de subred línea de base de construcción</p>

<p>% de operación de los equipos de mejoramiento.</p>	<p>Lograr que el 100% de los equipos de mejoramiento operen de acuerdo al modelo de mejora institucional aprobado</p>	<p>Gestión de la calidad y mejoramiento continuo</p>	<p>A nivel de subred línea de base de construcción</p>
<p>(Número de respuestas favorables / número total de colaboradores encuestados) *100</p>	<p>70%</p>	<p>Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones</p>	<p>Desconocimiento de las actividades, logros y avances por parte de los colaboradores de la Subred.</p>
<p>(Número de noticias negativas publicadas / número total de noticias publicadas) *100</p>	<p>60%</p>	<p>Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones</p>	<p>Afectación de la imagen institucional de la entidad</p>

Incremento en la facturación por venta de servicios con pagadores diferentes al FFDS y Capital Salud en la vigencia.	10%	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	Afecta a toda la Subred.
No de informes entregados de manera oportuna y veraz/No de informes solicitados.	90%	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	Afecta a toda la Subred.

Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo institucional	90%	Jefe Oficina Desarrollo Institucional	Afecta a toda la Subred.
Sanciones por inadecuada defensa técnica/No total de sanciones emitidas contra la Subred *100	0%	Jefe Oficina Asesora Jurídica	No hay datos como subred
número de acciones implementadas / números de acciones programadas según el plan de trabajo preestablecido	100%	Jefe Oficina Asesora Jurídica	No hay datos como subred

<p>Número de escenarios de práctica formativa autoevaluados / No. Total de escenarios de práctica formativa de la Subred X 100</p>	<p>Verificar el 20 % de escenarios de práctica formativa ofertados por la Subred frente al cumplimiento de los estándares normativos.</p>	<p>Gestion del Conocimiento/ Jefe de Oficina</p>	<p>Como Sub red no se cuenta resultados o línea de base</p>
<p>(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</p>	<p>Establecer ínea de base para eventos adversos producidos en el escenario de práctica</p>	<p>Gestion del Conocimiento/ Jefe de Oficina</p>	<p>Como Sub red no se cuenta resultados o línea de base</p>
<p>(Acciones de mejora implementadas relacionadas con el incumpliemto del PAA/ Total de acciones de mejora determinadas, relacionadas con el PAA)*100</p>	<p>100%</p>	<p>Comité Institucional de Coordinación de Control Interno</p>	<p>*Incumplimiento y ajustes al PAA</p>

<p>Porcentaje de cumplimiento al Plan Programático Presupuestal</p>	<p>Cumplir con el 85% de la ejecución programática y presupuestal</p>	<p>Referentes de procesos y/o espacios y operativos</p>	<p>Incumplimiento de la meta del indicador</p>
<p>% de glosas por calidad para la vigencia PIC</p>	<p>% de glosas por calidad inferior al 3% del valor total para la vigencia</p>	<p>Referentes de procesos y/o espacios y operativos . Dirección de Gestión del riesgo y Coordinación PIC</p>	<p>Cumplimiento de meta del indicador</p>

<p>% de cumplimiento a las tablas de retención documental de la subred</p>	<p>No superar el 3% de pérdida de información</p>	<p>Gestión documental Líderes de espacios y componentes</p>	<p>Cumplimiento de meta del indicador</p>
<p>Porcentaje de adherencia por programas de P y D</p>	<p>85%</p>	<p>Director Gestión del Riesgo Lider de P y P</p>	<p>Incumplimiento del estándar definido por programa</p>
<p>Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad Perinatal</p>	<p>Razón de mortalidad materna: meta distrito Tasa de mortalidad Perinatal: meta distrito</p>	<p>Director Gestión del Riesgo Lider de P y D</p>	<p>Incremento de la mortalidad materna y perinatal al comparar con la meta distrital</p>

Proporción de pacientes con hipertensión controlada	Proporción de pacientes con hipertensión controlada por encima del 75%	Director Gestión del Riesgo Lider de P y P	Disminución del indicador de acuerdo a la meta establecida por la entidad
Porcentaje de cumplimiento de la calidad de los registros clínicos	Mejorar la calidad de los registros clínicos en el servicio de hospitalización (AUDITORIA CONCURRENTE)	Director Técnico de Servicios Hospitalarios	Inferior al 90%
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
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

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
Proporción de cancelación de cirugías por causas atribuibles a la institución	Disminuir en un 5% 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
Oportunidad de atención triage II	Igual o inferior a 30 min para Triage II	Líder de Urgencias Dirección de Urgencias	Superior a 30 min
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

Porcentaje de remisiones oportunas	80%	Director Técnico de Servicios Hospitalarios	Por debajo del 80%
<p>Oportunidad en la asignación de citas para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consulta medica general. 2. Consulta medica especializada. 3. Consulta de odontologia general. 4. Consulta de odontologia especializada. 	<p>Consulta de Medicina general 3 dias</p> <p>Consulta de pediatria 5 dias</p> <p>Consulta de ginecoobstetrica 6 dias</p> <p>Consulta de medicina interna 8 dias</p> <p>Consulta de odontologia 3 dias</p>	Director de servicios ambulatorios, Medicos generales, medicos especialistas, odontologos generales, odontologos especialistas, lideres de unidades de servicios, auditor medico	Incremento de quejas por inoportunidad en la asignación de citas comparadas con el periodo anterior
<p>Porcentaje de inasistencia a la</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. consulta programada 2. consulta medica especializada. 3. Consulta de odontologia general. 4. 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 inasistencias comparadas con el periodo anterior
Entrega oportuna y completa de medicamentos NUMERO DE FORMULAS ENTREGADAS DE MANERA COMPLETA /NUMERO DE FORMULAS SOLICITADAS DURANTE EL PERIODO NUMERO DE FÓRMULAS ENTREGADAS DE MANERA OPORTUNA EN MENOS DE 48 HORAS/TOTAL DE FÓRMULAS SOLICITADAS DURANTE EL PERIODO. □	Entrega completa y oportuna de medicamentos por encima del 95%	Referente del Servicio Farmaceutico.	Disminución del indicador de entrega oportuna y completa

<p>100% de medicamentos dispensados adecuadamente</p> <p>NUMERO DE MEDICAMENTOS DISPENSADOS ADECUADAMENTE /NUMERO TOTAL DE MEDICAMENTOS DISPENSADOS*100</p>	<p>100% de medicamentos dispensados adecuadamente.</p>	<p>Auxiliar administrativo Auxiliar de farmacia</p>	<p>Disminución del indicador comparado con la vigencia anterior</p>
<p>Número de Inatenciones por inadecuada preparación /total de Usuarios atendidos en el laboratorio*100</p>	<p>Establecer Línea base</p>	<p>Referente y/o Coordinador del servicio de laboratorio clínico de la Subred y referente del servicio en la unidad</p>	<p>No se tienen datos como Subred</p>
<p>Nª de solicitudes gestionadas / Número total de pacientes con solicitud pendientes de ubicación por abandono social * 100</p>	<p>100%</p>	<p>Lider del proceso de Participación y Servicio al Ciudadano</p>	<p>Se requiere establecer una línea de base de este riesgo</p>
<p># de deserciones en el período</p>	<p>Establecer línea base</p>	<p>Lider del proceso de Participación y Servicio al Ciudadano</p>	<p>Se requiere establecer una línea de base de este riesgo</p>

PRIMER ORDEN: A				
Responsable de reportar el % de cumplimiento				
Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y				
PRIMER TRIMESTRE				
FECHA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	CITAR EVIDENCIAS (FUENTE DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR Y SOPORTE DOCUMENTAL)	OBSERVACIONES	FECHA

Matriz de Riesgos

UTOCONTROL (TRIMESTRAL) A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO:
Cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento de los controles materializados identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles.

SEGUNDO TRIMESTRE

RE

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	CITAR EVIDENCIAS (FUENTE DE INFORMACIÓN DEL INDICADOR Y SOPORTE DOCUMENTAL)	OBSERVACIONES	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR
--	---	---------------	-------	-------------------------

SEGUNDO ORDEN DE CUMPLIMIENTO REPORTADO				
CUMPLIMIENTO. Controles dentro de su proceso.			SEGUNDO ORDEN DE CUMPLIMIENTO REPORTADO	
RESULTADO PRIMER SEMESTRE				
CUMPLIMIENTO META DEL INDICADOR	ESTADO DEL RIESGO (MATERIALIZACIÓN)	OBSERVACIONES	FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR

**EN:OFICINA DE PLANEACION(SEMESTRAL): Responsable de ve
tadas por el Autocontrol, realizar la evaluación del desempeño c
Alta Dirección los resultados consolidados.**

EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE

PROBABILIDAD	IMPACTO	CALIFICACIÓN DE LOS CONTROLES	NIVEL DE RIESGO / ZONA DE RIESGO
---------------------	----------------	--	---

	#N/A		#N/A	0	#N/A
	#N/A		#N/A	0	#N/A
	#N/A		#N/A	0	#N/A

	#N/A		#N/A	0	#N/A
	#N/A		#N/A	0	#N/A
	#N/A		#N/A	0	#N/A

	#N/A		#N/A	0	#N/A
	#N/A		#N/A	0	#N/A
	#N/A		#N/A	0	#N/A

	#N/A		#N/A	0	#N/A
	#N/A		#N/A	0	#N/A
	#N/A		#N/A	0	#N/A
	#N/A		#N/A	0	#N/A

	#N/A		#N/A	0	#N/A
	#N/A		#N/A	0	#N/A

Verificar las evidencias de			
de la gestión, y reportar a la			
	TERCER TRIMESTRE		
OBSERVACIONES	FECHA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	OBSERVACIONES

(TRIMESTRAL) A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO:
indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento
identificados y verificar la aplicación y eficiencia de los controles

RESULTADO SEGUNDO SEMESTRE			
CUMPLIMIENTO META DEL INDICADOR	ESTADO DEL RIESGO (MATERIALIZACIÓN)	OBSERVACIONES	FECHA

ento.
dentro de su proceso.

RESULTADO ANUAL

RESULTADO DEL INDICADOR	CUMPLIMIENTO META DEL INDICADOR	ESTADO DEL RIESGO (MATERIALIZACIÓN)	OBSERVACIONES
--------------------------------	--	--	----------------------

SEGUNDO ORDEN:OFICINA DE PLANEACION(SEMESTRAL): Respo cumplimiento reportadas por el Autocontrol, realizar la evaluación del de: Dirección los resultados consolida			
EVALUACIÓN SEGUNDO SEMEST			
FECHA	RESULTADO DEL INDICADOR	PROBABILIDAD	IMPACTO

			#N/A		#N/A
			#N/A		#N/A
			#N/A		#N/A

			#N/A		#N/A
			#N/A		#N/A
			#N/A		#N/A

			#N/A		#N/A
			#N/A		#N/A
			#N/A		#N/A

			#N/A		#N/A
			#N/A		#N/A
			#N/A		#N/A
			#N/A		#N/A

			#N/A		#N/A
			#N/A		#N/A

--

Responsable de verificar las evidencias de desempeño de la gestión, y reportar a la Alta Dirección.				TERMINADO
NOMBRE				
CALIFICACIÓN DE CONTROLES	NIVEL DE RIESGO / ZONA DE RIESGO	OBSERVACIONES	FECHA	

0	#N/A		
0	#N/A		
0	#N/A		

0	#N/A		
0	#N/A		
0	#N/A		

0	#N/A		
0	#N/A		
0	#N/A		

0	#N/A		
0	#N/A		
0	#N/A		
0	#N/A		

0	#N/A		
0	#N/A		

Versión:	1	
Fecha de aprobación:	10/11/2017	
Código:	01-01-FO-0005	

TERCER ORDEN: CONTROL INTERNO: Responsable de la evaluación Internalización de Riesgos Administración de Riesgos		
FRECUENCIA: CONFORME A PROGRAMA ANUAL DE		
EVALUACION INTEGRAL - CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	



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

Independiente del componente

AUDITORIAS

RECOMENDACIONES

