



# MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2020

OFICINA ASESORA DE PLANEACION Y  
CALIDAD



“El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., se compromete a adoptar mecanismos y acciones necesarias para la gestión integral de riesgos, que reducen el impacto de las decisiones que toma la institución respecto al logro de los objetivos de los procesos y de la organización. Para ello define e implementa mecanismos que permitan el análisis del contexto, la identificación, análisis, valoración, tratamiento, comunicación y consulta, monitoreo y evaluación de los riesgos, acogiendo una autorregulación prudencial. El Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. determina el nivel de impacto y la probabilidad de ocurrencia de cada uno de los riesgos para priorizar su tratamiento, y estructura criterios orientadores en la toma de decisiones respecto de los efectos de los mismos.”



HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA



HOSPITAL  
Federico Lleras Acosta

*"Un nuevo comienzo"*

# MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN





PROCESO DE PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD



MÁTRIZ DE RIESGO DE CORRUPCIÓN AÑO 2020

IDENTIFICACION				ANALISIS					EVALUACION DEL CONTROL													MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO																	
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO	RIESGO	TIPO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	1. Responsabilidad - Asignación	1. Responsabilidad - Adecuación	2. Puntualidad	3. Propósito	4. Cómo se realiza la actividad de control	5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	6. Evidencia de la ejecución del control	SOLIDEZ DEL DISEÑO DEL CONTROL	RANGO DE CALIFICACION DE LA EJECUCION DEL CONTROL	SOLIDEZ DEL CONTROL	APLICA PLAN DE ACCION PARA FORTALECER EL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCION	INDICADOR	EVALUACION #	OBSERVACIONES													
13. Gestión Administrativa	GA-01-C	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de agilizar, modificar o eliminar alguna de las actividades enmarcadas en el objetivo del proceso.	RIESGO DE CORRUPCIÓN	Doblez en la etapa de planeación, que influye la calidad en los análisis de conveniencia y oportunidad, y/o en los términos de referencia de requisitos orientados a favorecer a un proponente.	1. Pérdida de la imagen institucional.	PROBABLE	4	CATASTROFICO	5	20	EXTREMA	Ejecución de procedimientos documentados y aprobados	Asignado	15	Adecuado	15	Oportuno	15	Prevenir o detectar	15	Confiable	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Incompleta	5	95	MODERADO	MODERADO	MODERADO	SI	POSIBLE	3	CATASTROFICO	5	15	EXTREMA	Reducir e Riesgo	Publicación de los procesos de contratación en los diferentes portales, como BIA Observa, SECOF y II.	Registros en la plataforma de las entidades	PE Compras	31/12/20	% de procesos publicados	
				Presiones indebidas.	2. Demandas contra el Hospital																																		Documento firmado	P.U. Talento Humano	Manual aprobado			
				Carencia de controles en los procedimientos.	3. Pérdida de confianza en lo público.																																		Documento elaborado para tramite de aprobación.	P.U. Talento Humano	Manual presentado			
				Falta de conocimiento y/o experiencia del personal que interviene en el proceso.	4. Investigaciones penales, disciplinarias y fiscales.																																		Actualización de los manuales de funciones					
				Excesiva discrecionalidad.	5. Deterioro patrimonial.																																		Actualización de los manuales de funciones					
	GA-02-C	Pérdida o uso indebido para beneficio propio o de terceros de los activos físicos y de información del Hospital	RIESGO DE CORRUPCIÓN	Falta de conocimiento y/o experiencia del personal que interviene en el proceso.	3. Pérdida de confianza en lo público.	POSBLE	3	MAYOR	4	12	EXTREMA	Ejecución de procedimientos documentados y aprobados	Asignado	15	Adecuado	15	Oportuno	15	Prevenir o detectar	15	Confiable	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Incompleta	5	95	MODERADO	MODERADO	MODERADO	SI	IMPROBABLE	2	MAYOR	4	8	ALTA	Reducir e Riesgo	Actualización de los manuales de funciones	Actualización de los manuales de funciones		31/12/20	% Listas de chequeo implementadas / Documentos aprobados	
				Excesiva discrecionalidad.	4. Investigaciones penales, disciplinarias y fiscales.																																		Actualización de los manuales de funciones					
				Uso indebido de poder	5. Deterioro patrimonial.																																		Actualización de los manuales de funciones					
				Asistencia o desatención de procedimientos e instrucciones del proceso.	6. Enriquecimiento ilícito de servidores públicos																																		Actualización de los manuales de funciones					
				Presiones indebidas.	1. Pérdida de la imagen institucional.																																		Actualización de los manuales de funciones					
14. Gestión Jurídica	GU-01-C	Ineficiencia en la gestión jurídica asesorar, asistir y defender un beneficio propio o de un tercero	CORRUPCIÓN	1. Tráfico de influencias	1. Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por actos o hechos de corrupción comprobados.	POSBLE	3	MAYOR	4	12	EXTREMA	Ejecución de procedimientos documentados y aprobados	Asignado	15	Adecuado	15	Oportuno	15	Prevenir o detectar	15	Confiable	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Incompleta	5	95	MODERADO	MODERADO	MODERADO	SI	IMPROBABLE	2	MAYOR	4	8	ALTA	Reducir e Riesgo	1. Políticos definen por el comité de contratación en la que establece los perfiles a través de la minuta de defensa o asesoría.			31/12/20	% de no conformidades	
				2. Información incorrecta por interés particular del funcionario	2. Investigaciones penales, fiscales o disciplinarias																																		Manuales ajustados al marco normativo vigente.					
				3. Inportunidad en el cumplimiento de las obligaciones	3. Pérdida de recursos para la Entidad																																		Matriz consolidada de procesos judiciales y su tramitación					
				4. Inportunidad en el cumplimiento de las obligaciones	3. Pérdida de recursos para la Entidad																																		Matriz consolidada de procesos judiciales y su tramitación					
15. Control Interno	CI-01-C	Falta de objetividad frente al desarrollo de la auditoría para beneficio de un funcionario o grupo	RIESGO DE CORRUPCIÓN	1. Presiones indebidas de agencias internas o externas	1. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador.	IMPROBABLE	2	MAYOR	4	8	ALTA	Procedimiento de auditoría	Asignado	15	Adecuado	15	Oportuno	15	Prevenir o detectar	15	Confiable	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Completa	10	100	FUERTE	MODERADO	MODERADO	SI	RARA VEZ	MODERADO	3	MODERADA	Reducir e Riesgo	Revisión y validación de informes de auditoría contra sopros y papers de trabajo	Informe de auditoría validado por jefe de oficina	Jefe Oficina de Control Interno	31/12/20	% de informes de auditoría validados por la Jefatura de la dependencia			
				2. Intereses personales	2. Investigaciones penales, fiscales o disciplinarias																																Código del auditor							
16. Control Interno Disciplinario	CD-01-C	Falta de claridad en los términos que la Ley señala para beneficio propio o de terceros.	RIESGO DE CORRUPCIÓN	1. Desatención del profesional orientativo a cargo	1. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador.	RARA VEZ	1	MAYOR	4	4	ALTA	Seguimiento al Cuadro de registro "Activo Procesos disciplinarios" con fechas de actuaciones	Asignado	15	Adecuado	15	Oportuno	15	Prevenir o detectar	15	Confiable	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Incompleta	5	95	MODERADO	MODERADO	MODERADO	SI	RARA VEZ	MODERADO	3	MODERADA	Reducir e Riesgo	Informe trimestral de seguimiento a la gestión del estado de procesos disciplinarios, con actuaciones y etapas	Informe trimestral	PU CONTROL DISCIPLINARIO	31/12/20	% de cumplimiento reportes de seguimiento			



HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA



HOSPITAL  
Federico Lleras Acosta

*"Un nuevo comienzo"*

# MAPA DE RIESGOS DE GESTIÓN







PROCESO DE PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD

MATRIZ DE RIESGO DE GESTIÓN Y SARLAT



CÓDIGO: PC-FR-003	FECHA DE ELABORACIÓN: 16 DE JULIO DE 2015	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 11/06/2019	VERSIÓN: 3	RIESGOS POR:	PROCESO	X	INSTITUCIONAL	FECHA: 15/03/2020	PÁGINA 1 DE 1
-------------------	---	------------------------------------	------------	--------------	---------	---	---------------	-------------------	---------------

PROCESO: 1. Planeación y Calidad  
 OBJETIVO: Asociar y coordinar la planeación institucional y el diseño, implementación, verificación y mejora del Sistema Integrado de Gestión, mediante acompañamiento al nivel directivo, unidades funcionales y demás áreas y servicios para apoyar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y los objetivos y metas de cada uno de los procesos.

IDENTIFICACIÓN			ANÁLISIS					EVALUACIÓN DEL CONTROL													MANEJO																						
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	RIESGO DE	TIPO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	1. Responsable - Asignación	1. Responsable - Autoridad	2. Periodicidad	3. Propósito	4. Cómo se realiza la actividad de control	5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	6. Evidencia de la ejecución del control	SOLIDEZ DEL DISEÑO DEL CONTROL	RANGO DE CALIFICACION DE LA EJECUCION DEL CONTROL	SOLIDEZ DEL CONTROL	APLICA PLAN DE ACCIÓN PARA FORTALECER EL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCION	INDICADOR														
9. Atención al Usuario	AL05	Deshumanización en la prestación del servicio de salud	PREVENTIVO	Falta de sensibilización del personal en el buen trato hacia el paciente. Uso indebido de los celulares durante el tiempo de trabajo. Talento humano insuficiente para la cobertura por contingencia de ausencia de personal en el servicio. Falta del programa de humanización que permita asegurar en la atención al cliente interno y externo.	Reclamaciones o quejas de los usuarios que implican investigaciones internas disciplinarias. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. Información no oportuna o pertinente a la situación clínica.	PROBABLE	4	Mayor	4	16	ALTA	ASU-PG-001 Programa de Humanización Actas de Comité de Humanización Cronograma de Plan de acción de Humanización.	Asignado	15	Adecuado	15	Oportuno	15	Prevenir o detectar	15	Confiable	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Incompleta	5	95	MODERADO	MODERADO	DEBIL	SI	PROBABLE	4	Mayor	4	16	MODERADA	Evitar el Riesgo	Campañas educativas de Humanización de los frentes estratégicos de programa Análisis de las estrategias de los frentes del programa por parte del Comité de Humanización.	Informe Actividades Registro Fotográfico Planes de asistencia	Profesional de Atención al Usuario	30/08/20	Actividades realizadas/ Total de Actividades Programadas: 100
10. Gestión Clínica	GC01	Impuntualidad en la identificación, análisis y gestión de los eventos y la información de la unidad	Gestión	1. Incumplimiento en el acceso de la historia clínica. 2. Talento humano insuficiente para la cobertura por contingencia de ausencia de personal en el servicio para la gestión clínica (no presupuestado). 3. Falta de adherencia a los protocolos y planes de atención. 4. Formato no estandarizado de recolección de información estadística.	1. Investigaciones penales, fiscales o disciplinarias que no concluyen o sanción. 2. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales de manera oportuna (no presupuestado). 3. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. 4. Imagen institucional afectada (dentado por retraso en la prestación del servicio a los usuarios o estudiantes).	PROBABLE	4	Mayor	4	16	EXTREMA	1. Procedimiento, instructivos y guías de manejo aprobados. 2. Seguimiento a funcionamiento de comités. 3. Seguimiento a actitudes de análisis de áreas externas. 4. Seguimiento a oportunidad de reportes de información del proceso.	Asignado	15	Adecuado	15	Oportuno	15	Prevenir o detectar	15	Confiable	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Incompleta	5	90	MODERADO	MODERADO	MODERADO	SI	PROBABLE	3	Moderado	3	9	ALTA	EVITAR EL RIESGO	1. Actualizar los documentos (procedimientos, instructivos y guías) del área incluyendo actividades que permitan la confiabilidad, gestión, análisis de la información oportuna y adecuada. 2. Evitar retrasos de evidencias de funcionamiento de comités que evidencien el análisis de oportunidad y adecuación del reporte, análisis de eventos e información del proceso. 3. Evolución de la base de datos de requerimientos de análisis de los áreas externas y análisis de oportunidades de respuesta. 4. Verificación de oportunidad de entrega de informes e indicadores a los clientes del proceso.	Informe de Oficina de Calidad sobre avance de documentación del área Informe de seguimiento trimestral de comités Informe de seguimiento del área Informe de seguimiento del área	Profesional Líder del proceso	31/12/20	100%
10. Gestión Clínica	GC02	Uso inadecuado de la información del área.	Gestión	1. Falta en los controles establecidos en la custodia de la información. 2. Falta de adherencia a los procedimientos establecidos para el área. 3. Formato no estandarizado de recolección de la información estadística. 4. Incumplimiento al código de ética.	1. Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad. 2. Acta de socialización y seguimiento al código de integridad institucional. 3. Uso controlado de matrices de información (CBI). Restricción de claves de acceso a la red, solo personal autorizado.	POSIBLE	3	Moderado	3	9	ALTA	1. Gestión documental, Instructivos y formatos. 2. Acta de socialización y seguimiento al código de integridad institucional. 3. Uso controlado de matrices de información (CBI). Restricción de claves de acceso a la red, solo personal autorizado.	Asignado	15	Adecuado	15	Oportuno	15	Prevenir o detectar	15	Confiable	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Incompleta	5	95	MODERADO	MODERADO	MODERADO	SI	PROBABLE	3	Moderado	3	9	ALTA	EVITAR EL RIESGO	1. Actualizar los documentos (procedimientos, instructivos y guías) del área incluyendo actividades que permitan la confiabilidad y manejo adecuado de la información del área. 2. Solicitar participación a Oficina de Tecnología de la Información al estado de personal autorizado de la oficina para acceder al sistema de información.	Informe de Oficina de Calidad sobre avance de documentación del área Evidencia de gestión realizada mediante formatos e informes de TI	Profesional Líder del proceso	31/12/20	100%
10. Gestión Clínica	GC03	Información generada no conforme con los criterios de calidad	Gestión	1. Dificultad en el registro de la información. 2. Falta de adherencia a los instructivos establecidos para el área. 3. Registro y contextualización de la información de forma manual. 4. Incumplimiento al código de ética.	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales de manera oportuna (no presupuestado). 2. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. 3. Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por retraso en la prestación del servicio a los usuarios o estudiantes. 4. Incumplimiento al código de ética.	POSIBLE	3	Mayor	4	12	EXTREMA	1. Gestión documental, Instructivos y formatos. 2. Acta de socialización y seguimiento al código de integridad institucional. 3. Verificación de calidad de la información por parte de profesionales e técnicos.	Asignado	15	Adecuado	15	Oportuno	15	Prevenir o detectar	15	Confiable	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Incompleta	5	80	DEBIL	SI	PROBABLE	3	Moderado	3	9	ALTA	EVITAR EL RIESGO	1. Elaborar los procedimientos, instructivos y guías que se encuentran como pendientes en el libro maestro para el área. 2. Seguimiento a diligenciamiento adecuado de fichas epidemiológicas e informes de indicadores. 3. Realizar socialización de hallazgos en el seguimiento al diligenciamiento de fichas e informes de indicadores a los responsables y generación de planes de mejora si aplica.	Informe de Oficina de Calidad sobre avance de documentación del área Informe de hallazgo Actas de socialización y planes de mejora si aplica	Profesional Líder del proceso Profesional referente de cada programa	31/12/20	100%		
10. Gestión Clínica	GC04	Incumplimiento a las acciones de control y generación de los eventos de salud pública.	Gestión	1. Análisis inadecuado del evento. 2. Formulación incorrecta del plan de mejoramiento. 3. Falta de seguimiento a los planes de mejoramiento. 4. Talento humano insuficiente frente al alto volumen de actividades.	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales de manera oportuna (no presupuestado). 2. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 3. Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad. 4. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	POSIBLE	3	Mayor	4	12	EXTREMA	1. Formación de planes de mejoramiento de acuerdo a necesidades de los eventos de interés en salud pública. 2. Seguimiento periódico a ejecución de planes de mejoramiento. 3. Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad.	Asignado	15	Adecuado	15	Oportuno	15	Prevenir o detectar	15	Confiable	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Incompleta	5	95	MODERADO	MODERADO	MODERADO	SI	IMPROBABLE	2	Moderado	3	6	MODERADA	EVITAR EL RIESGO	1. Revisión en comité de planes de mejoramiento formulados para verificar que se ajuste a las necesidades del EISP. 2. Seguimiento periódico a ejecución de planes de mejoramiento del área. 3. Reportar a los comités institucionales el resultado de acciones no completas según corresponda.	Actas de comité y Plan de Mejoramiento formulado Informe de avance de planes de mejoramiento Actas de comité	Profesional referente de cada programa Profesional de Calidad Profesional referente de cada programa	31/12/20	4
11. Docencia, Investigaciones	ID-01	Incumplimiento de la normativa vigente como centro de practica clínica	RIESGO OPERATIVO	Desconocimiento de la normativa vigente educativa. Falta de compromiso de la institución educativa. Talento humano insuficiente. Cambios en la política institucional.	Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales. Adecuada frente a la prestación del servicio. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	IMPROBABLE	2	Mayor	4	8	ALTA	A través de los comités docentes se revisa el cumplimiento de los contenidos de la normativa vigente, en donde hay participación de la universidad, la oficina de docencia y los estudiantes en prácticas formativas, en donde se igual manera se verifica la capacidad instalada del hospital como institución de la salud. Comité de Docencia y Prácticas Formativas. Comité de Docencia y Prácticas Formativas. Comité de Docencia y Prácticas Formativas.	Asignado	15	Adecuado	15	Oportuno	15	Prevenir o detectar	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Completa	10	100	FUERTE	FUERTE	FUERTE	NO	IMPROBABLE	2	MODERADO	3	6	BAJA	Evitar el Riesgo	Realizar comités docente servicio con los instituciones educativas. Realizar evaluación de la capacidad instalada de los recursos. Aplicar encuestas a los estudiantes e finalizar las prácticas formativas. Programar y realizar inducción a las prácticas formativas.	Actas comités docente servicio Documento de la capacidad instalada de los recursos. Constado de los resultados de las encuestas. Programación de la inducción y actas	Oficina Docencia, Investigación e Innovación	31/12/20	N° comités docente servicio realizados Documento actualizado N° de encuestas aplicadas N° inducciones realizadas
11. Docencia, Investigaciones	ID-02	Incumplimiento de la normativa vigente para la realización de investigaciones	RIESGO OPERATIVO	Desconocimiento de la normativa vigente y políticas institucionales. Incumplimiento a los principios básicos de ética y la bioética. No aplicación de los protocolos de investigación.	Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar denuncias ante los entes reguladores o demandas de largo alcance para la entidad. Reclamaciones o quejas de los usuarios que implican investigaciones internas disciplinarias. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	IMPROBABLE	2	Mayor	4	8	ALTA	Revisar y evaluar los proyectos de investigación presentados en el Comité de Investigación. Evaluar los casos presentados, al igual que los proyectos de investigación Comité de Bioética.	Asignado	15	Adecuado	15	Oportuno	15	Prevenir o detectar	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Completa	10	100	FUERTE	FUERTE	FUERTE	NO	IMPROBABLE	2	MODERADO	3	6	BAJA	Evitar el Riesgo	Socializar procedimiento, reglamento e instructivos de investigación para incentivar a investigar. Destinar capacitación en investigación y publicaciones científicas. Comités de Investigación.	Actas y comités de socialización Oficina Docencia, Investigación e Innovación Actas comités de investigación	Oficina Docencia, Investigación e Innovación	31/12/20	N° actas de actas y comités de socialización N° subtítulos N° Comités realizados
11. Docencia, Investigaciones	ID-03	Talento documentado en el servicio por parte de los estudiantes que realizan practicas formativas	RIESGO OPERATIVO	Falta de sensibilización de los estudiantes en el buen trato hacia los usuarios y sus familias. Uso indebido de las instalaciones del Hospital.	Reclamaciones o quejas de los usuarios que implican investigaciones internas disciplinarias. Sanciones por parte de entes de control. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales.	PROBABLE	4	Mayor	4	16	EXTREMA	Socializar los reglamentos de la relación docente servicio, estudiantes, internos, residentes, docentes, en las inducciones de las prácticas formativas para su cumplimiento. Participar en los programas de inducción e inducción del Hospital, para que conozcan los procesos de la oficina y la relación docente servicio.	Asignado	15	Adecuado	15	Oportuno	15	Prevenir o detectar	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Completa	10	100	FUERTE	FUERTE	FUERTE	NO	PROBABLE	4	MODERADO	3	12	BAJA	Reducir el Riesgo	Socialización de los reglamentos existentes. Socialización de la política de humanización institucional. Acta de participación en las inducciones y re inducciones.	Actas y comités de socialización Acta de socialización Acta de socialización	Oficina Docencia, Investigación e Innovación	31/12/20	N° actas de actas y comités de socialización N° de inducciones realizadas N° de inducciones y re inducciones

PROCESO DE PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD

MATRIZ DE RIESGO DE GESTIÓN Y SARLAT



CÓDIGO: PC-FR-003	FECHA DE ELABORACIÓN: 16 DE JULIO DE 2015	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 11/06/2019	VERSIÓN 3	RIESGOS POR:	PROCESO	<b>X</b>	INSTITUCIONAL	FECHA: 15/03/2020	PAGINA 1 DE 1
-------------------	---	------------------------------------	-----------	--------------	---------	----------	---------------	-------------------	---------------

PROCESO: 1. Planeación y Calidad  
 OBJETIVO: Asesorar y coordinar la planeación institucional y el diseño, implementación, verificación y mejora del Sistema Integrado de Gestión, mediante acompañamiento al nivel directivo, unidades funcionales y demás áreas y servicios para apoyar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y los objetivos y metas de cada uno de los procesos.

IDENTIFICACION				ANALISIS										EVALUACION DEL CONTROL										MANEJO																				
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	RIESGO	TIPO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	1. Responsable - Asignación	1. Responsable - Autoridad	2. Periodicidad	3. Propósito	4. Cómo se realiza la actividad de control	5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	6. Evidencia de la ejecución del control	SOLIDEZ DEL DISEÑO DEL CONTROL	RANGO DE CALIFICACION DE LA EJECUCION DEL CONTROL	SOLIDEZ DEL CONTROL	APLICA PLAN DE ACCION PARA FORTALECER EL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	FECHA DE ACTUALIZACION	INDICADOR															
11. Docencia, Investigaciones	ID-04	No implementación de la política de innovación generados, atrasos en la adaptación de competencias del talento humano.	RIESGO ESTRATEGICO	Desconocimiento de la regulación de innovación. Falta de compromiso del talento humano con la aplicación del modelo.	Reclamaciones o quejas de los usuarios que reportan investigaciones internas disciplinarias.	POSIBLE	3	MODERADO	3	9	ALTA	Ejecutar el Modelo de Gestión del Conocimiento y la Innovación, evaluando la implementación a través de los instrumentos.	Asignado	15	Adecuado	15	Oportuno	15	Prevenir o detectar	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Completa	10	100	FUERTE	FUERTE	FUERTE	FUERTE	NO	RARA VEZ	1	MODERADO	3	3	BAJA	Estar el Riesgo	Socializar y ejecutar el Modelo de Gestión del Conocimiento y la Innovación	Actas de socialización y evidencias de ejecución	Oficina Docencia, Investigación e Innovación	3/11/2020	N° de evidencias de ejecución
11. Docencia, Investigaciones	ID-05	Incurrir en riesgo de contagio legal, operativo, y reputacional	RIESGO DE CORUPCION	Desconocimiento de la normativa vigente. No contar con el oficial cumplimiento. Falta de tecnología y demás recursos necesarios.	Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales. Sanción por parte de un ente de control u otro ente regulador. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	IMPROBABLE	2	MODERADO	3	6	MODERADA	Participar en las capacitaciones de implementación de los protocolos de procedimientos del SARLAT realizadas por el Hospital.	Asignado	15	Adecuado	15	Inoportuno	0	Prevenir o detectar	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Completa	10	85	DEBIL	FUERTE	DEBIL	SI	IMPROBABLE	2	MODERADO	3	6	BAJA	Estar el Riesgo	Participar en las capacitaciones de SARLAT	Asistencia capacitaciones	Oficina Planeación y Calidad	3/11/2020	N° capacitaciones asistidas	
12. Gestión Financiera	GF-01	Riesgo inadecuado de los recursos	Dección	1. Error en los soportes de la transacción. 2. No facturar y recibir los servicios de salud prestados en forma oportuna y bajo normalidad agente. 3. Inadecuada distribución de recursos presupuestales. 4. Inadecuada distribución de los costos gastos del Hospital. 5. No respuesta de gestión inicial en los términos delimitados en la norma. 6. No presentación oportuna y adecuada de la información financiera.	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave los metas presupuestales y financieras. 2. Reclamaciones por parte de los usuarios. 3. Proyección de ingresos de acuerdo a seguridad residual y comportamiento de resultado. 4. Plan de desarrollo, plan de compras, plan de mantenimiento e inventarios. 5. Inadecuada forma parte del presupuesto. 6. Instructivos y formatos documentos para la preparación del presupuesto.	RARA VEZ	1	Mayor	4	4	ALTA	1. Revisión y conciliación por parte del PU - Tesorería de las conciliaciones bancarias. 2. Conciliación del área de facturación con los de presupuesto y contabilidad. 3. Conciliación del área de presupuesto con Facturación, compras, tesorería, contabilidad y nómina. 4. Conciliación de información de costos vs los estados financieros. 5. Conciliación del área de contabilidad Tesorería, Presupuesto, Cartera, Facturación, Jurídica, Nómina, Atención y Activos fijos.	Asignado	15	Adecuado	15	Oportuno	15	Prevenir o detectar	15	Confiable	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Completa	10	100	FUERTE	MODERADO	MODERADO	SI	RARA VEZ	1	MODERADO	3	3	MODERADA	Estar el Riesgo	Elaboración y revisión de la conciliación de los recursos.	Conciliaciones, Certificaciones y Actas	PU - Contabilidad PU - Presupuesto PU - Facturación PU - Tesorería PU - Auditoría PU - Cartera	3/11/2020	Re. Actas, conciliaciones y verificaciones firmadas.	
12. Gestión Financiera	GF-02	General información financiera no responde	Dección	1. Inoportunidad en la entrega de la información por parte de los responsables. 2. Calidad inadecuada de la información reportada por los responsables. 3. Desconocimiento de la normalidad vigente por parte de los responsables de reportar la información. 4. Información procesada en línea. 5. Falta de análisis y seguimiento de la información procesada. 6. Apoyo tecnológico inadecuado e inexistente.	1. Sanción por parte de un ente de control u otro ente regulador. 2. Incumplimiento en las metas y objetivos reportados en las metas de gobierno. 3. Torna de actividades suspendidas. 4. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	PROBABLE	4	Moderado	3	12	ALTA	1. Monograma 2. Plan de conciliación 3. Actas de conciliación.	Asignado	15	Adecuado	15	Oportuno	15	Prevenir o detectar	15	Confiable	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Completa	10	100	FUERTE	FUERTE	FUERTE	NO	POSIBLE	3	Moderado	3	3	ALTA	Estar el Riesgo	1. Seguimiento y que a los inconsistencias encontradas en la información recibida por parte de los responsables por parte de los responsables de la unidad administrativa y financiera. 2. Participar en las capacitaciones programadas en temas relacionados con el área. 3. Socializar periódicamente las actualizaciones de normalidad que entran los entes de control y que aplica a los procesos del área financiera.	1. Registro de conciliaciones programadas y asistidas. 2. Actas firmadas. 3. Acta de socialización de normalidad emitida durante el periodo analizado.	PU - Contabilidad PU - Presupuesto PU - Facturación PU - Auditoría PU - Cartera	3/11/2020	Número de actas firmadas / Número de actas programadas	
12. Gestión Financiera	GF-03	Planeación presupuestal inadecuada	Dección	1. No aplicación de los principios presupuestales. 2. Desconocimiento de la normalidad presupuestal. 3. Proyección de costo y gastos con base y estimaciones inadecuadas. 4. Desconocimiento de la plataforma tecnológica.	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave los metas presupuestales. 2. Imagen institucional o regional por presentarse en la prestación de los servicios a los usuarios. 3. Sanción por parte de un ente de control u otro ente regulador. 4. Incumplimiento de las metas y objetivos reportados en las metas de gobierno. 5. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	RARA VEZ	1	Catastrofico	5	5	ALTA	1. Decisión de plazos para la entrega de información. 2. Requerimiento anual con cada responsable de área. 3. Proyección de ingresos de acuerdo a seguridad residual y comportamiento de resultado. 4. Plan de desarrollo, plan de compras, plan de mantenimiento e inventarios. 5. Inadecuada forma parte del presupuesto. 6. Instructivos y formatos documentos para la preparación del presupuesto.	Asignado	15	Adecuado	15	Oportuno	15	Prevenir o detectar	15	Confiable	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Completa	10	100	FUERTE	FUERTE	FUERTE	NO	RARA VEZ	1	Catastrofico	5	5	ALTA	Estar el Riesgo	1. Realizar informe mensual de seguimiento de la ejecución del presupuesto. 2. Gestionar la aprobación del procedimiento Gestión presupuestal actualizado conforme a los cambios en sistema de información.	1. Certificaciones. 2. Informe mensual. 3. Procedimiento de Gestión presupuestal actualizado y aprobado. 4. Actas de conciliación.	PU - Presupuesto	3/11/2020	Número de informes Número de informes programados	
12. Gestión Financiera	GF-04	Ejecución presupuestal errada	Dección	1. Desconocimiento de la normalidad y el desarrollo del presupuesto que afecta el presupuesto. 2. Actualización y conciliación del inventario para declaración presupuestal. 3. Falta de seguimiento de la ejecución de los compromisos por parte de los responsables. 4. Apoyo tecnológico inadecuado e inexistente.	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave los metas presupuestales y financieras. 2. Sanción por parte de un ente de control u otro ente regulador. 3. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. 4. Inoportunidad en la entrega de la información reportada en la ejecución de los estados. 5. Investigaciones penales, fiscales o disciplinarias.	RARA VEZ	1	Catastrofico	5	5	ALTA	1. Instructivos documentados para la ejecución de COP y GIP. 2. Consecutivo cronológico asignado por la oficina para COP y GIP. 3. Validación de saldos en forma mensual. 4. Conciliación con los responsables de las obligaciones en el software. 5. Actas de conciliación con los responsables de Cartera, Facturación, Tesorería, Nómina y Contabilidad.	Asignado	15	Adecuado	15	Oportuno	15	Prevenir o detectar	15	Confiable	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Completa	10	100	FUERTE	FUERTE	FUERTE	NO	RARA VEZ	1	Catastrofico	5	5	ALTA	Estar el Riesgo	1. Seguimiento a los COP y a los registros presupuestales específicos. 2. Actualizar instructivos para conciliar la información generada por el módulo de presupuesto. 3. Participar en las capacitaciones programadas por OTH en temas relacionados con el área.	1. Instructivos Gestión presupuestal 2. Informes. 3. Conciliación de capacitaciones.	PU - Presupuesto	3/11/2020	Número de Instructivos y Certificaciones. Número de capacitaciones asistidas/Número de capacitaciones programadas	
12. Gestión Financiera	GF-05	Incumplimiento de plazos de entrega de obligaciones tributarias	Dección	1. Información tardía para pago de obligaciones. 2. Mal funcionamiento de las plataformas tecnológicas en lo que respecta a los responsables. 3. Inoportunidad en la entrega de la información por parte de los responsables. 4. Apoyo tecnológico inadecuado e inexistente.	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave los metas presupuestales. 2. Sanción por parte de un ente de control u otro ente regulador. 3. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	IMPROBABLE	2	Mayor	4	8	ALTA	1. Seguimiento permanente a las fechas límite de entrega de información a los diferentes entes. 2. Prevenir y evitar con anticipación los errores a los diferentes entes y de presentarse fallas en la plataforma de reportes de información para el área financiera. 3. Realizar de inmediato a la entidad reportadora de la inconsistencia presentada. 4. Realizar de inmediato a la entidad reportadora de la inconsistencia presentada. 5. Conciliación con los responsables de reportar facturas y cuentas de cobro en los plazos y términos para realizar la conciliación de las obligaciones generadas en el periodo. 6. Gestión por el área de OTI de las capacitaciones sobre normalidad vigente en materia presupuestal, contable y tributaria. 7. Provisión de los recursos para el pago de la seguridad social y obligaciones tributarias.	Asignado	15	Adecuado	15	Oportuno	15	Prevenir o detectar	15	Confiable	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Completa	10	100	FUERTE	FUERTE	FUERTE	NO	RARA VEZ	1	Mayor	4	4	ALTA	Estar el Riesgo	1. Seguimiento permanente de las fechas límite de entrega de informes de control. 2. Prevenir y evitar con anticipación los errores a los diferentes entes y de presentarse fallas en la plataforma de reportes de información para el área financiera. 3. Realizar y evitar crear requerimiento de información para el área financiera. 4. Conciliación con los responsables de presentar facturas y cuentas de cobro en los plazos y términos para realizar la conciliación de las obligaciones generadas en el periodo. 5. Gestión por el área de OTI de las capacitaciones sobre normalidad vigente en materia presupuestal, contable y tributaria. 6. Provisión de los recursos para el pago de la seguridad social y obligaciones tributarias.	1. Conciliación. 2. Circular enviada. 3. Conciliación de capacitaciones asistidas.	PU - Presupuesto PU - Contabilidad PU - Tesorería	3/11/2020	Número de informes Número de informes programados / Número de informes totales	

PROCESO DE PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD

MATRIZ DE RIESGO DE GESTIÓN Y SARLAT



CÓDIGO: PC-FR-003	FECHA DE ELABORACIÓN: 16 DE JULIO DE 2015	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 11/06/2019	VERSIÓN: 3	RIESGOS POR:	PROCESO	X	INSTITUCIONAL	FECHA: 15/03/2020	PÁGINA 1 DE 1
-------------------	---	------------------------------------	------------	--------------	---------	---	---------------	-------------------	---------------

PROCESO: 1. Planeación y Calidad  
 OBJETIVO: Asesorar y coordinar la planeación institucional y el diseño, implementación, verificación y mejora del Sistema Integrado de Gestión, mediante acompañamiento al nivel directivo, unidades funcionales y demás áreas y servicios para apoyar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y los objetivos y metas de cada uno de los procesos.

NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO	TIPO	CAUSAS	ANÁLISIS			CONTROL EXISTENTE	EVALUACION DEL CONTROL										MANEJO																																
				PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE		1. Responsable - Asignación	1. Responsable - Autoridad	2. Periodicidad	3. Propósito	4. Como se realiza la actividad de control	5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	6. Evidencia de la ejecución del control	SOLIDEZ DEL DISEÑO DEL CONTROL	RANGO DE CALIFICACION DE LA EJECUCION DEL CONTROL	SOLIDEZ DEL CONTROL	APLICA PLAN DE ACCION PARA FORTALECER EL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	FECHA DE EJECUCION	INDICADOR																							
12. Gestión Financiera	RF-06	Sesión	No contar con un sistema de costo como herramienta para la toma de decisiones	1. No contar con un sistema de información integrado que permita distribuir técnicamente y de manera adecuada los costos de traslado. 2. La falta de una política institucional que asegure el compromiso de todos en el manejo y la construcción de los costos de servicios. 3. Incumplimiento por parte de los responsables en la entrega de la información en términos de oportunidad y calidad. 4. Apoyo tecnológico inseguro e inadecuado.	1. Sanción por parte de control u otro área regulador. 2. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales alcanzado de manera oportuna en las metas de gobierno. 3. Investigaciones penales, fiscales y disciplinarias. 4. Represos de actividades y aumento de cargas operativas.	POSSIBLE	3	Moderado	3	9	ALTA	Asignado	15	Adecuado	15	Oportuno	15	Prevenir o detectar	15	Confiable	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Completa	10	100	FUERTE	FUERTE	FUERTE	NO	IMPROBABLE	2	Moderado	3	MODERADA	Evitar el Riesgo	1. Actualizar los manuales y procedimientos de área. 2. Realizar seguimiento a la información a los responsables de cada área con oportunidad y calidad. 3. Realizar seguimiento a las inconsistencias presentadas en la información recibida por parte de los responsables. 4. Validar e informar al director del proyecto de SARLAT de las inconsistencias presentadas en el informe mensual de MCH. 5. Realizar condición mensual con las áreas de Contabilidad, Inventario, Activos fijos y Negros.	1. Actas de conciliación. 2. Informes y procedimientos del área. 3. Reportes mensuales de las áreas responsables de reportar información.	PU - Contos	31-06-20	Total de inconsistencias subsanadas/Total de inconsistencias presentadas									
12. Gestión Financiera	RF-07	Sesión	Servicios prestados y facturados no reconocidos por la entidad e inconsistencia en los términos de facturación, indicación y custodia de cuentas médicas.	1. Desconocimiento de la normativa vigente, en manejo de historia clínica y facturación de servicios de salud. 2. Incorrecta verificación de descuentos. 3. Inconsistencia en las condiciones pactadas en el acuerdo de colaboración. 4. Política de conciliación de plazos de la EPS no ajustada a la normatividad vigente. 5. Mala práctica de las EPS en el proceso de la auditoría y reconocimiento de los servicios facturados. 6. Inconsistencia en la afiliación del asegurado de la EPS. 7. Base de datos (EPS, ADRES, DRP, Descontabilizado). 8. Inconsistencia en la generación de la factura por los evaluadores médicos del sistema DCR. 9. Sistema inconsistente de HC. 10. Ciclos de atención no terminados. 11. Falta de controles en el software y/o en el sistema de información. 12. Inportunidad en la entrega interna de la facturación. 13. Incumplimiento por parte de las empresas de correspondencia.	1. Sanción por parte de control u otro área regulador. 2. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales alcanzado de forma grave los indicadores de gestión. 3. Sanción por parte de áreas de control u otro área regulador. 4. Represos de actividades y aumento de cargas operativas. 5. Investigaciones fiscales, disciplinarias y penales.	PROBABLE	4	Catastrófico	5	20	EXTREMA	Asignado	15	Adecuado	15	Oportuno	15	Prevenir o detectar	15	Confiable	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Completa	10	100	FUERTE	FUERTE	FUERTE	NO	POSSIBLE	3	Mayor	4	ALTA	Evitar el Riesgo	1. Revisar los métodos de gestión a los libros electrónicos en el proceso de facturación. 2. Capacitar al personal en la facturación de servicios de salud y cambios en la normatividad vigente. 3. Realizar de lunes a viernes a través de un sistema de atención en línea de pago telefónico o con reconocimiento en el servicio de atención. 4. Generación oportuna a Gestión comercial de las inconsistencias presentadas en los contratos en la parametrización del mismo. 5. Generación oportuna de los contratos de gestión de salud y cambio en la normatividad vigente. 6. Seguimiento permanente mediante visitas del área de control de gestión a los usuarios en los informes de servicios. 7. Seguimiento permanente como electrónico a las áreas asistenciales y de apoyo diagnóstico y terapéutico por la entrega en los términos de indicación. 8. Procedimiento de facturación de venta de servicios de salud. 9. Actualizar instructivos de radiación de facturas de venta de servicios de salud. 10. Control de gestión comercial y de cartera.	1. Actas de comité. 2. Actas de asistencia. 3. Sistema de formalización del comité. 4. Actas de gestión. 5. Certificados electrónicos. 6. Informes preauditados.	PU - Facturación PU - Auditoría Cuentas Médicas	31-06-20	Total de reportes realizados/Total de inconsistencias presentadas									
12. Gestión Financiera	RF-08	Sesión	Incumplir en riesgo de contagio, legal, operativo y reputacional por SARLAT	1. No contar con manuales y demás documentos para la implementación del SARLAT. 2. Desconocimiento de la normatividad vigente. 3. Represos de actividades y aumento de cargas operativas. 4. Investigaciones fiscales, disciplinarias y penales.	1. Sanción por parte de control u otro área regulador. 2. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales alcanzado el cumplimiento en los metas de gobierno. 3. Sanción por parte de áreas de control u otro área regulador. 4. Represos de actividades y aumento de cargas operativas. 5. Investigaciones fiscales, disciplinarias y penales.	RARA VEZ	1	Mayor	4	4	ALTA	Asignado	15	Adecuado	15	Oportuno	15	Prevenir o detectar	15	Confiable	15	Se investigan o resuelven oportunamente	15	Completa	10	100	FUERTE	FUERTE	FUERTE	NO	RARA VEZ	1	Mayor	4	ALTA	Evitar el Riesgo	1. Reportar al oficial de cumplimiento los formatos y demás documentos según SARLAT. 2. Participar en las capacitaciones del SARLAT.	1. Formatos diligenciados	PU - Contabilidad PU - Presupuesto PU - Facturación PU - Tesorería PU - Auditoría	31-06-20	Número de formatos reportados/ Total de procesos contratados adelantados por área Número de capacitaciones realizadas/Total de capacitaciones programadas.									
13. Gestión Administrativa	GAD1	RIESGO DE GESTION	Inportunidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios	1. Falta de medición de adherencia de procedimientos, manuales, instructivos establecidos en las diferentes áreas del proceso administrativo. 2. Plan de necesidades superior al plan de compras. 3. Talento humano insuficiente y/o sin las competencias necesarias para el desarrollo de algunas actividades. 4. Falta de coherencia entre las funciones del talento humano con respecto al cargo y nivel académicos. 5. Necesidades de infraestructura superior al Plan de mantenimiento. 6. No ejecución de los planes de reposición de equipos que completan su vida útil. 7. Insuficiencia de los insumos requeridos según plan anual de adquisiciones. 8. Demora en los procesos de contratación de adquisición de bienes y servicios. 9. Inconsistencia en la generación de la nómina. 10. Demora del funcionario para reportar el accidente de trabajo a la oficina de seguridad y salud en el trabajo. 11. Dependencia parcial de la ARL para la implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. 12. Falta de registro físico para el almacenamiento del archivo. 13. Falta de control de extensiones del inventario. 14. Incumplimiento de los estándares mínimos del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. 15. Proyección no ajustada de los requerimientos de necesidades de insumos y servicios por parte de los responsables de cada proceso. 16. Falta de compromiso por parte de los supervisores de control en el cumplimiento de sus funciones.	1. Sanción por parte de control u otro área regulador. 2. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales alcanzado el cumplimiento en los metas de gobierno. 3. Sanción por parte de áreas de control u otro área regulador. 4. Represos de actividades y aumento de cargas operativas. 5. Investigaciones fiscales, disciplinarias y penales.	POSSIBLE	3	Moderado	4	12	MODERADA	1. Procedimientos e instructivos aprobados. 2. Plan anual de adquisiciones. 3. Inventario anual de insumos y de activos. 4. Estado de contratación. 5. Plan anual de mantenimiento. 6. Manual del sistema de gestión y seguridad y salud en el trabajo. 7. Manual de funciones. 8. Plan de gestión de riesgos hospitalarios y asistenciales. 9. Política de Seguridad. 10. Comité de gestión ambiental. 11. Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo. 12. Comité administrativo. 13. Comité de compras. 14. Comité de tecnología e innovación e innovación. 15. Plan anual de Capacitación. 16. Plan de reposición de equipos	Asignado	10	Adecuado	10	Oportuno	10	Prevenir o detectar	10	Confiable	10	Se investigan o resuelven oportunamente	10	Incompleta	10	VALOR	10	VALOR	MODERADO	10	VALOR	10	VALOR	MODERADO	10	VALOR	10	VALOR	POSSIBLE	3	MODERADO	4	MODERADA	Reducir el Riesgo	1. Elaborar y/o actualizar los procedimientos e instructivos pertinentes según listado maestro de documentos de las áreas que conforman el proceso de Gestión Administrativa, se debe incluir la nueva normatividad. 2. Realizar un PAA ajustado a las necesidades de los diferentes de proceso intervienen. 3. Implementar el programa de gestión documental. 4. Realizar encuestas de satisfacción a los proveedores para mejorar los canales de contratación. 5. Actualizar inventario de planes de mantenimiento de la institución (hospitalario). 6. Socializar el Plan de mantenimiento anual. 7. Actualizar el plan de reposición de equipos. 8. Realizar inventario aleatorio de elementos de consumo conforme a los indicadores de relación y de consumo. 9. Controlar la información de inventarios con el módulo de contabilidad y dentro de los tiempos establecidos. 10. Revisión del proceso de compras y contratación en Carta de los riesgos, donde se deben evaluar los proveedores. 11. Implementación de registros de la Historia Clínica electrónica - de acuerdo a las nuevas normatividades. 12. Seguimiento mensual a los contratos de prestación de servicios del área Logística. 13. Elaborar y hacer seguimiento al plan de trabajo de seguridad y salud en el trabajo. 14. Implementar el código de barras para el manejo de inventarios. 15. Realizar reunión con los diferentes supervisores de control. 16. Realizar los requerimientos necesarios al área TI para las mejoras de los módulos activos en el Hospital.	1. Documentos del área. 2. Documentos del área. 3. Plan de Trabajo. 4. Encuesta. 5. Archivo de planes. 6. Plan de Mantenimiento. 7. Plan de reposición. 8. Documento que sirva de evidencia del sistema control cómo físico. 9. Acta. 10. Expediente contractual. 11. Actas con las áreas asistenciales. 12. Informe entregado a Costos. 13. Plan de Trabajo Elaborado y validado. 14. Plan de trabajo. 15. Acta. 16. Actas y memoria de requerimientos.	PU - Contabilidad PU - Compras PU - Talento Humano PU - Logística PU - Mantenimiento PU - Insumos PU - Tesorería PU - Auditoría	31-06-20	Total de proveedores evaluados / Total de proveedores según listado maestro de documentos de las áreas de gestión activa PAA elaborado y aprobado / Ejecución mensual Total de actividades realizadas / Total de actividades programadas según Plan de Trabajo Tabulación de la encuesta Ases de la institución/planes actualizados Número de servicios/servicios socializados Número de equipos programados para reposición / planes de equipos efectivamente cambiados Porcentaje de diferencia del sistema control cómo físico Reporte generado por contabilidad/Reporte generado por el módulo de inventarios Total de procesos contratados / Solicitudes/procesos legalizados mensualmente Total de casos resueltos/total casos reportados Total de informes generados por control / Total de contratos con supervisión Porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo Personas capacitadas/total de supervisores de la entidad Total requerimientos validados/Total requerimientos subsueltos



PROCESO DE PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD

MATRIZ DE RIESGO DE GESTIÓN Y SARLAT



CÓDIGO: PC-FR-003      FECHA DE ELABORACIÓN: 16 DE JULIO DE 2015      FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 11/06/2019      VERSIÓN 3      RIESGOS POR: PROCESO      X      INSTITUCIONAL      FECHA: 15/03/2020      PAGINA 1 DE 1

PROCESO: 1. Planeación y Calidad      OBJETIVO: Asesorar y coordinar la planeación institucional y el diseño, implementación, verificación y mejora del Sistema Integrado de Gestión, mediante acompañamiento al nivel directivo, unidades funcionales y demás áreas y servicios para apoyar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y los objetivos y metas de cada uno de los procesos.

IDENTIFICACION				ANALISIS					CONTROL EXISTENTE	EVALUACION DEL CONTROL										MANEJO										
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	RIESGO	TIPO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE		1. Responsable - Asignación	1. Responsable - Autoridad	2. Periodicidad	3. Propósito	4. Como se realiza la actividad de control	5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	6. Evidencia de la ejecución del control	SOLIDEZ DEL DISEÑO DEL CONTROL	RANGO DE CALIFICACION DE LA EJECUCION DEL CONTROL	SOLIDEZ DEL CONTROL	APLICA PLAN DE ACCION PARA FORTALECER EL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	UNIDAD FUNCIONAL	INDICADOR	
		Impugnación y/o impugnación por SARLAT	Administración	2. Desconocimiento de la normativa vigente en materia de SARLAT. 3. No contar con Oficial de Cumplimiento. 4. Falta de Tecnología y demás recursos necesarios.	2. Sanción por parte este de control u otro ente regulador. 3. Reproches de actividades y aumento de carga operativa.	MEDIANA	Menor	4	Asignado	Asignado	Oportuno	Prevenir o detectar	Confiable	Se investigan o resuelven oportunamente	Completa	5	MODERADO	FLUENTE	MODERADO	SI	MEDIANA	Menor	2	BAJA	evitar el riesgo	Participar en las capacitaciones de SARLAFT	administrativa	PROCESO	de capacitaciones programada	
16. Control Interno Disciplinario	CD01	Participación o calidad de la acción disciplinaria	gestión	Mora en el impreso procesal por parte de la Oficina de Asuntos Disciplinarios	Derogación de sanciones, no se resuelven las presuntas conductas que afectan la Función Pública.	MEDIANA	Menor	2	Asignado	Asignado	Oportuno	Prevenir o detectar	Confiable	Se investigan o resuelven oportunamente	Completa	5	MODERADO	FLUENTE	MODERADO	SI	MEDIANA	Menor	2	BAJA	evitar el riesgo	verificación de los procesos en el seguimiento del término de los procesos	INFORME TRIMESTRAL DE CUERPO DE PROCESOS	P.U. CONTROL DISCIPLINARIO	PROCESO	de informes realizados de seguimiento



HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA



HOSPITAL  
Federico Lleras Acosta

*"Un nuevo comienzo"*

# MAPA DE RIESGOS DE SEGURIDAD DIGITAL

**PROCESO DE PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD  
MATRIZ DE RIESGO DE SEGURIDAD DIGITAL**



CODIGO:  
PC-FR-020

FECHA DE ACTUALIZACION:  
22/06/2016

PAGINA 1 DE 1

Fecha: 01/11/2019

RIESGOS POR:

PROCESOS

PROCESO:	OBJETIVO:
----------	-----------

IDENTIFICACION						ANALISIS						VALORACION						MANEJO						
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO Nº	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACTIVO	TIPO	AMENAZA	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	SOLIDEZ DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	INDICADOR		
1. Planeacion y Calidad	PC-01-D	Pérdida de Disponibilidad	Pérdida de la información generada por las actividades propias de la gestión del proceso	Equipos de computo	Seguridad Digital	Pérdida de la información generada por las actividades propias de la gestión del proceso	Ausencia de medidas para evitar la pérdida de datos, por ejemplo copias de respaldo. Falta de pruebas regulares a las copias de respaldo.	Pérdida de disponibilidad de la información para los usuarios internos y externos.	Posible	3 Mayor	4	12 EXTREMA	Ninguno	DEBIL	Posible	3 Mayor	4	12 EXTREMA	Reducir e Riesgo	Implementación de la actividad de ejecución de copias de seguridad en los procedimientos del proceso de planeación / planilla de control para verificación.	Registro de fechas de copias de seguridad	Jefe Oficina de Planeación	31/12/20	% de procedimientos ajustados
1. Planeacion y Calidad	PC-02-D	Pérdida de Integridad	Ataques informáticos internos/externos a la infraestructura tecnológica ( hardware, red interna)	Equipos de computo	Seguridad Digital	Códigos maliciosos (Spyware, Troyanos, Virus, Gusanos) que afectan la operación del Hardware	Vulnerabilidades técnicas sin conocer, uso de software desactualizado	Pérdida de la continuidad del servicio para los usuarios internos y externos. Afectación a toda la Entidad	Improbable	2 Mayor	4	8 ALTA	Antivirus / red protegida	MODERADO	Rara vez	1 Moderado	3	3 MODERADA	Reducir e Riesgo	No aceptación de archivos en usb. Todos los archivos deben ser seguros		Jefe Oficina de Planeación	31/12/20	% de ataques informáticos reportados
1. Planeacion y Calidad	PC-03-D	Pérdida de Confidencialidad	Pérdida de la confidencialidad ocasionada por acceso no autorizado a sistemas y servicios, o abuso de derechos de acceso a sistemas y servicios contratados por algún funcionario contratista.	Información de proyectos, estadística, procesos. Entre otros	Seguridad Digital	Usuarios mal intencionados o con desconocimiento de los procesos y/o políticas de la Entidad	Falta de implementación de procesos para el registro y cancelación de registro de usuarios. Falta de implementación de procesos de suministro de acceso a usuarios para asignar o revocar derechos de acceso	Afectación a la disponibilidad de acceso a la información.	Posible	3 Mayor	4	12 EXTREMA	Instructivo de asignación de claves de acceso	MODERADO	Improbable	2 Moderado	3	6 MODERADA	Reducir e Riesgo	Aplicación del procedimiento de asignación de claves y cancelación de permisos	Registro de soporte de asignación de claves y cancelación de permisos	Jefe Oficina de Planeación	31/12/20	% de claves por equipos asignadas y reportadas periódicas
1. Planeacion y Calidad	PC-04-D	Pérdida de Disponibilidad	Pérdida de disponibilidad de la información del MPg en la intranet	Información de procesos, procedimientos, guías, protocolos, manuales, formatos	Seguridad Digital	Pérdida de información de la base de datos del sistema / no copia de seguridad	No integridad de la base de datos / caídas del sistema / no copia de seguridad	Reprocesos	Improbable	2 Moderado	3	6 MODERADA	Copias mensual de la base de datos de intranet	DEBIL	Improbable	2 Moderado	3	6 MODERADA	Aceptar el Riesgo	Solicitar a sistemas mayor frecuencia de copias de intranet		Coordinador sistemas de información	31/12/20	Periodicidad copias de respaldo
2. Direccionamiento Institucional	DI-01-D	Pérdida de Disponibilidad	Pérdida de la información generada por las actividades propias de la gestión del proceso	Equipos de computo	Seguridad Digital	Pérdida de la información generada por las actividades propias de la gestión del proceso	Ausencia de medidas para evitar la pérdida de datos, por ejemplo copias de respaldo. Falta de pruebas regulares a las copias de respaldo.	Pérdida de disponibilidad de la información para los usuarios internos y externos.	Posible	3 Mayor	4	12 EXTREMA	Ninguno	DEBIL	Posible	3 Mayor	4	12 EXTREMA	Reducir e Riesgo	Implementación de la actividad de ejecución de copias de seguridad	Registro de fechas de copias de seguridad	gerencia	31/12/20	% de procedimientos ajustados
2. Direccionamiento Institucional	DI-02-D	Pérdida de Integridad	Ataques informáticos internos/externos a la infraestructura tecnológica ( hardware, red interna)	Equipos de computo	Seguridad Digital	Códigos maliciosos (Spyware, Troyanos, Virus, Gusanos) que afectan la operación del Hardware	Vulnerabilidades técnicas sin conocer, uso de software desactualizado	Pérdida de la continuidad del servicio para los usuarios internos. Afectación a toda la Entidad	Improbable	2 Mayor	4	8 ALTA	Antivirus / red protegida	MODERADO	Rara vez	1 Moderado	3	3 MODERADA	Reducir e Riesgo	No aceptación de archivos en usb. Todos los archivos deben ser seguros		gerencia	31/12/20	% de ataques informáticos reportados
3. Gestión Comercial y de Cartera	CC-01-D	Pérdida de Disponibilidad	La falta de acceso a la información con la oportunidad requerida en las actividades propias de la gestión del proceso	Equipos de computo	Seguridad Digital	Equipos obsoletos que pueden ocasionar pérdida parcial, ilegales de archivos, inoportunidad en el desarrollo del proceso	1. Ausencia de medidas para evitar la pérdida de datos. 2. Falta de pruebas regulares a las copias de respaldo. 3. Desatención por parte del funcionario 4. Equipos obsoletos	Afectación grave de la disponibilidad de la información debido al interés particular de los empleados y terceros	Probable	4 Mayor	4	16 EXTREMA	Discos duros para backup de información	MODERADO	Posible	3 Mayor	4	12 EXTREMA	Reducir e Riesgo	Implementación de la política de seguridad en los procedimientos del proceso de la oficina mediante una planilla de control para verificación	Planilla de control de verificación	Jefe Oficina de Gestión Comercial y de Cartera	31/12/20	Planilla elaborada e implementada
3. Gestión Comercial y de Cartera	CC-02-D	Pérdida de Integridad	Ataques informáticos internos/externos a la infraestructura tecnológica ( hardware, red interna)	Equipos de computo	Seguridad Digital	Códigos maliciosos (Spyware, Troyanos, Virus, Gusanos) que afectan la operación del Hardware	1. Ausencia de Medidas para la seguridad informática 2. Software desactualizado	Afectación grave de la integridad de la información debido al interés particular de los empleados y terceros	Probable	4 Mayor	4	16 EXTREMA	Antivirus / red protegida	MODERADO	Posible	3 Mayor	4	12 EXTREMA	Reducir e Riesgo	Implementación de la política de seguridad en los procedimientos del proceso de la oficina mediante una planilla de control para verificación	Planilla de control de verificación	Jefe Oficina de Gestión Comercial y de Cartera	31/12/20	Planilla elaborada e implementada
3. Gestión Comercial y de Cartera	CC-03-D	Pérdida de Disponibilidad	Falta de disponibilidad de la información requerida en el proceso	Información de actas de conciliación de cuentas, actas de reunion, gestion de cobro, circulares, informes, propuestas, comunicaciones, facturación radicada, Proceso cobro coactivo, contratos, entre otros.	Seguridad Digital	No disponibilidad de la información afectando el desarrollo del proceso	1. No existe integridad de la base de datos 2. Caídas del sistema informacion 3. No existen copia de seguridad 4. Desatención del funcionario	Afectación grave de la disponibilidad de la información debido al interés particular de los empleados y terceros	Posible	3 Mayor	4	12 EXTREMA	Discos duros para backup de información	MODERADO	Posible	3 Moderado	3	9 ALTA	Reducir e Riesgo	Implementación de la política de seguridad en los procedimientos del proceso de la oficina mediante una planilla de control para verificación	Planilla de control de verificación	Jefe Oficina de Gestión Comercial y de Cartera	31/12/20	Planilla elaborada e implementada
3. Gestión Comercial y de Cartera	CC-04-D	Pérdida de Integridad	Pérdida de información parcial o total por ausencia de controles	Información de actas de conciliación de cuentas, actas de reunion, gestion de cobro, circulares, informes, propuestas, comunicaciones, facturación radicada, Proceso cobro coactivo, contratos, entre otros.	Seguridad Digital	Pérdida de información parcial de la base de almacenamiento	1. Ausencia de Medidas para la seguridad informática 2. Software desactualizado 3. No existen copia de seguridad 4. Desatención del funcionario	Afectación grave de la disponibilidad de la información debido al interés particular de los empleados y terceros	Posible	3 Mayor	4	12 EXTREMA	Inventario de documentos	DEBIL	Posible	3 Moderado	3	9 ALTA	Reducir e Riesgo	Implementación de la política de seguridad en los procedimientos del proceso de la oficina mediante una planilla de control para verificación	Planilla de control de verificación	Jefe Oficina de Gestión Comercial y de Cartera	31/12/20	Planilla elaborada e implementada
4. Servicio de Urgencias	SU-01-D	Pérdida de Integridad	Daño físico en los equipos de computo	Equipos de computo	Seguridad Digital	Desarrame de Líquidos Como circuitos Daño físico causado por terceros Falta de medidas preventivas de seguridad Omisión de las obligaciones de aseguramiento de los bienes del estado	Consumo de alimentos y bebidas en los puestos de trabajo Ausencia de la práctica de copias de seguridad con regularidad. Falta de medidas preventivas de seguridad Omisión de las obligaciones de aseguramiento de los bienes del estado	Pérdida de disponibilidad de la información.	Probable	4 Mayor	4	16 EXTREMA	programa de seguros	FUERTE	Improbable	2 Menor	2	4 ALTA	Compartir el Riesgo	verificar que los activos estén incluidos en la póliza de seguros	Inventario de equipos	Administración de Inventario y Almacén	31/12/20	% de cumplimiento de política de equipos
4. Servicio de Urgencias	SU-02-D	Pérdida de Disponibilidad	Fallas en el sistema de información, caída de la conectividad con el software	Red de logica	Seguridad Digital	Red inalámbrica expuesta al acceso no autorizado Acceso no autorizado a sistemas externos Falta de actualización del software	Amenazas enfocadas a errores de diseño, pruebas e implementación del software	Pérdida del acceso y la continuidad del servicio para usuarios internos y externos. Retraso en los procesos de la Entidad	Probable	4 Moderado	3	12 ALTA	Antivirus / red protegida	MODERADO	Posible	3 Menor	2	6 MODERADA	Reducir e Riesgo	Uso controlado de medios de almacenamiento (USB) Restricción de claves de acceso a red solo personal autorizado	Registro de soporte de asignación de claves y cancelación de permisos	Coordinador servicio de urgencias	30/12/20	% de reportes
4. Servicio de Urgencias	SU-03-D	Pérdida de Confidencialidad	Por ausencia de terminación de sesión cuando se abandona la estación de trabajo.	Historia Clínica Electrónica	Seguridad Digital	Fallas en el ingreso de datos de las historias clínicas electrónicas Copiar y pegar información de un paciente en la historia clínica de uno nuevo Falta de ética profesional, ligada con la no maleficencia por las consecuencias para el paciente de errores u olvidos en el registro o la difusión de datos privados.	Desconocimiento de las implicaciones éticas y legales que afectan a la historia clínica. Historia clínica mal ordenada, dificulta la labor asistencial y los pacientes pueden exponerse al riesgo de prácticas inadecuadas por mala interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.	Repercusiones de acciones de tipo judicial y administrativo (demandas -reclamaciones jurídicas)	Probable	4 Mayor	4	16 EXTREMA	Auditoria de la calidad de la HC	DEBIL	Probable	4 Mayor	4	16 EXTREMA	Reducir e Riesgo	Auditoria a la Historia Clínica Socialización a los profesionales de las múltiples implicaciones éticas y legales que afectan a la historia clínica	Registro de asistencia / Informes de auditoria	Coordinador servicio de urgencias	30/12/20	% de socialización

PROCESO DE PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD

MATRIZ DE RIESGO DE SEGURIDAD DIGITAL

CODIGO:  
PC-FR-020

FECHA DE ACTUALIZACION:  
22/06/2016

PAGINA 1 DE 1



Fecha: 01/11/2019

RIESGOS POR:

PROCESOS

PROCESO:	OBIETIVO:
----------	-----------

IDENTIFICACION						ANALISIS						VALORACION						MANEJO						
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACTIVO	TPO	AMENAZA	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	SOLIDEZ DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	PLANO DE ACCION	INDICADOR		
5. Servicio Quirúrgico	SQ-01-D	Pérdida de Integridad	Daño físico en los equipos de computo	Equipos de computo	Seguridad Digital	Derrame de Líquidos Corto circuitos Daño físico causado por terceros Hurto	Consumo de alimentos y bebidas en los puestos de trabajo Ausencia de la práctica de copias de seguridad con regularidad. Falta de medidas preventivas de seguridad Omisión de las obligaciones de aseguramiento de los bienes del estado	Pérdida de disponibilidad de la información.	Probable	4 Mayor	4	16 EXTREMA	programa de seguros	FUERTE	Improbable	2 Menor	2	4 ALTA	Compartir el Riesgo	verificar que los activos estén incluidos en la póliza de seguros	Inventario de equipos	Administración de Inventarios y Almacén		
5. Servicio Quirúrgico	SQ-02-D	Pérdida de Disponibilidad	Fallas en el sistema de información, caída de la conectividad con el software	Red de logica	Seguridad Digital	Red inalámbrica expuesta al acceso no autorizado Acceso no autorizado a sistemas externos Falta de actualización del software	Fallas de seguridad en el acceso Amenazas enfocadas a errores de diseño, pruebas e implementación de software	Pérdida del acceso y la continuidad del servicio para usuarios internos y externos. Retraso en los procesos de la Entidad	Probable	4 Moderado	3	12 ALTA	Antivirus / red protegida	MODERADO	Posible	3 Menor	2	6 MODERADA	Reducir e Riesgo	Uso controlado de medios de almacenamiento (USB) Restricción de claves de acceso a la red, solo personal autorizado	Registro de soporte de asignación de claves y cancelación de permisos	Coordinador Unidad Funcional	% de ataques informáticos reportados	
5. Servicio Quirúrgico	SQ-03-D	Pérdida de Confidencialidad	Por ausencia de terminación de sesión cuando se abandona la estación de trabajo.	Historia Clínica Electrónica	Seguridad Digital	Fallas en el ingreso de datos de las historias clínicas electrónicas Copiar y pegar información de un paciente en la historia clínica de uno nuevo Falta de ética profesional, ligada con la no maleficencia por las consecuencias para el paciente de errores u olvidos en el registro o la difusión de datos privados.	Desconocimiento de las implicaciones éticas y legales que atañen a la historia clínica, historia clínica mal ordenada: dificulta la labor asistencial y los pacientes pueden exponerse al riesgo de prácticas inadecuadas por mala interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.	Repercusiones de acciones de tipo judicial y administrativo (demandas -reclamaciones jurídicas)	Probable	4 Mayor	4	16 EXTREMA	Auditoria de la calidad de la HC	DEBIL	Probable	4 Mayor	4	16 EXTREMA	Reducir e Riesgo	Auditoria a la Historia Clínica Socialización a los profesionales de las múltiples implicaciones éticas y legales que atañen a la historia clínica	Registro de asistencia / Informes de auditoria	Coordinador Unidad Funcional		
6. Servicio de Internación	SI-01-D	Pérdida de Integridad	Daño físico en los equipos de computo	Equipos de computo	Seguridad Digital	Derrame de Líquidos Corto circuitos Daño físico causado por terceros Hurto	Consumo de alimentos y bebidas en los puestos de trabajo Ausencia de la práctica de copias de seguridad con regularidad. Falta de medidas preventivas de seguridad Omisión de las obligaciones de aseguramiento de los bienes del estado	Pérdida de disponibilidad de la información.	Probable	4 Mayor	4	16 EXTREMA	programa de seguros	FUERTE	Improbable	2 Menor	2	4 ALTA	Compartir el Riesgo	verificar que los activos estén incluidos en la póliza de seguros	Inventario de equipos	Administración de Inventarios y Almacén		% de activos asegurados
6. Servicio de Internación	SI-02-D	Pérdida de Disponibilidad	Fallas en el sistema de información, caída de la conectividad con el software	Red de logica	Seguridad Digital	Red inalámbrica expuesta al acceso no autorizado Acceso no autorizado a sistemas externos Falta de actualización del software	Fallas de seguridad en el acceso Amenazas enfocadas a errores de diseño, pruebas e implementación de software	Pérdida del acceso y la continuidad del servicio para usuarios internos y externos. Retraso en los procesos de la Entidad	Probable	4 Moderado	3	12 ALTA	Antivirus / red protegida	MODERADO	Posible	3 Menor	2	6 MODERADA	Reducir e Riesgo	Uso controlado de medios de almacenamiento (USB) Restricción de claves de acceso a la red, solo personal autorizado	Registro de soporte de asignación de claves y cancelación de permisos	Coordinador Unidad Funcional	% de ataques informáticos reportados	
6. Servicio de Internación	SI-03-D	Pérdida de Confidencialidad	Por ausencia de terminación de sesión cuando se abandona la estación de trabajo.	Historia Clínica Electrónica	Seguridad Digital	Fallas en el ingreso de datos de las historias clínicas electrónicas Copiar y pegar información de un paciente en la historia clínica de uno nuevo Falta de ética profesional, ligada con la no maleficencia por las consecuencias para el paciente de errores u olvidos en el registro o la difusión de datos privados.	Desconocimiento de las implicaciones éticas y legales que atañen a la historia clínica, historia clínica mal ordenada: dificulta la labor asistencial y los pacientes pueden exponerse al riesgo de prácticas inadecuadas por mala interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.	Repercusiones de acciones de tipo judicial y administrativo (demandas -reclamaciones jurídicas)	Probable	4 Mayor	4	16 EXTREMA	Auditoria de la calidad de la HC	DEBIL	Probable	4 Mayor	4	16 EXTREMA	Reducir e Riesgo	Auditoria a la Historia Clínica Socialización a los profesionales de las múltiples implicaciones éticas y legales que atañen a la historia clínica	Registro de asistencia / Informes de auditoria	Coordinador Unidad Funcional	% de auditoria HC	
7. Serv. Ambulatorio y apoyo	SA-01-D	Pérdida de Disponibilidad	Pérdida de la información generada por las actividades propias de la gestión del proceso	Equipos de computo	Seguridad Digital	Pérdida de la información generada por las actividades propias de la gestión del proceso	Ausencia de medidas para evitar la pérdida de datos, por ejemplo copias de respaldo. Falta de pruebas regulares a las copias de respaldo. No se realizan copias en la nube con acceso restringido.	Pérdida de disponibilidad de la información para los usuarios internos y externos.	Posible	3 Mayor	4	12 EXTREMA	Ninguno	DEBIL	Posible	3 Mayor	4	12 EXTREMA	Reducir e Riesgo	Implementación de la actividad de ejecución de copias de seguridad en los procedimientos del proceso de planeación / planilla de control para verificación. Subir información a la nube y restringir el acceso	Registro de fechas de copias de seguridad - Seguimiento cronológico la subida de información a la nube	Coordinador sistemas de información	% de procedimientos ajustados	
7. Serv. Ambulatorio y apoyo	SA-02-D	Pérdida de Integridad	Ataques informáticos (virus, malware, spyware, etc.) que afectan la operación del Hardware	Equipos de computo	Seguridad Digital	Códigos maliciosos (Spyware, Troyanos, Virus, Gusanos) que afectan la operación del Hardware	Vulnerabilidades técnicas sin conocer, uso de software desactualizado	Pérdida de la continuidad del servicio para los usuarios internos y externos. Afectación a toda la Entidad	Posible	3 Mayor	4	12 EXTREMA	Antivirus / red protegida	MODERADO	Improbable	2 Mayor	4	8 ALTA	Reducir e Riesgo	No aceptación de archivos en usb. Todos los archivos deben ser verificados. Monitoreo de dispositivos móviles que se puedan comunicar vía inalámbrica.	Bitácora de conexiones inalámbricas	Coordinador de la UFSA - Coordinador sistemas de información	% de ataques informáticos reportados	
7. Serv. Ambulatorio y apoyo	SA-03-D	Pérdida de Confidencialidad	Pérdida de la confidencialidad ocasionada por acceso no autorizado a sistemas y servicios provisorio por algún funcionario contratista.	Información de resultados de estudios magnetológicos	Seguridad Digital	Usuarios mal intencionados o con desconocimiento de los procesos y/o políticas de la Entidad.	Falta de implementación de procesos para el registro y cancelación de registro de usuarios. Falta de implementación de proceso de suministro de acceso a usuarios para asignar o revocar derechos de acceso	Afectación a la disponibilidad de acceso a la información.	Posible	3 Mayor	4	12 ALTA	Instructivo de asignación de claves de acceso	MODERADO	Improbable	2 Mayor	4	8 ALTA	Reducir e Riesgo	Aplicación del procedimiento de asignación de claves y cancelación de permisos	Registro de soporte de asignación de claves y cancelación de permisos	Coordinador de la UFSA - Coordinador sistemas de información	% de claves por equipos asegurados y responsables atendidos	
7. Serv. Ambulatorio y apoyo	SA-04-D	Pérdida de Disponibilidad	Pérdida de disponibilidad de la información	Información de procesos, procedimientos, guías, protocolos, instructivos, formatos	Seguridad Digital	Pérdida de información de la base de datos del sistema / no copia de seguridad	No integridad de la base de datos / calidad del sistema / no copia de seguridad	Reprocesos	Improbable	2 Moderado	3	6 MODERADA	Copias mensual de la base de datos de intranet	DEBIL	Improbable	2 Moderado	3	6 MODERADA	Aceptar el Riesgo	Solicitar a sistemas mayor respaldo de copias de seguridad de INTRANET	Copias de INTRANET realizadas	Coordinador sistemas de información	Periodicidad copias de respaldo	
8. Servicio Farmacéutico	SF-01-D	Pérdida de Integridad	Daño físico en los equipos de computo	Equipos de computo	Seguridad Digital	Derrame de Líquidos Corto circuitos Daño físico causado por terceros Hurto	Consumo de alimentos y bebidas en los puestos de trabajo Ausencia de la práctica de copias de seguridad con regularidad. Falta de medidas preventivas de seguridad Omisión de las obligaciones de aseguramiento de los bienes del estado	Pérdida de disponibilidad de la información.	Probable	4 Mayor	4	16 EXTREMA	programa de seguros	FUERTE	Improbable	2 Menor	2	4 ALTA	Compartir el Riesgo	verificar que los activos estén incluidos en la póliza de seguros	Inventario de equipos	Administración de Inventarios y Almacén		
8. Servicio Farmacéutico	SF-02-D	Pérdida de Disponibilidad	Fallas en el sistema de información, caída de la conectividad con el software	Red de logica	Seguridad Digital	Red inalámbrica expuesta al acceso no autorizado Acceso no autorizado a sistemas externos Falta de actualización del software	Fallas de seguridad en el acceso Amenazas enfocadas a errores de diseño, pruebas e implementación de software	Pérdida del acceso y la continuidad del servicio para usuarios internos y externos. Retraso en los procesos de la Entidad	Probable	4 Moderado	3	12 ALTA	Antivirus / red protegida	MODERADO	Posible	3 Menor	2	6 MODERADA	Reducir e Riesgo	Uso controlado de medios de almacenamiento (USB) Restricción de claves de acceso a la red, solo personal autorizado	Registro de soporte de asignación de claves y cancelación de permisos	Coordinador Unidad Funcional	% de ataques informáticos reportados	

**PROCESO DE PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD**  
**MATRIZ DE RIESGO DE SEGURIDAD DIGITAL**



CODIGO:  
PC-FR-020

FECHA DE ACTUALIZACION:  
22/06/2016

PAGINA 1 DE 1

Fecha: 01/11/2019

RIESGOS POR:

PROCESOS

PROCESO:	OBJETIVO:
----------	-----------

IDENTIFICACION				ANALISIS										VALORACION					MANEJO									
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACTIVO	TIPO	AMENAZA	CAUSAS		CONSECUENCIAS		PROBABILIDAD DE OCURRENCIA		IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	SOLIDEZ DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	INDICADOR			
6. Servicio Farmaceutico	SF-03-D	Pérdida de Confidencialidad	Por ausencia de terminación de sesión cuando se abandona la estación de trabajo.	Historia Clínica Electrónica	Seguridad Digital	Fallas en el ingreso de datos de las historias clínicas electrónicas Copiar y pegar información de un paciente en la historia clínica de un nuevo paciente. Falta de ética profesional, ligada con la no maleficencia por las consecuencias para el paciente de errores u olvidos en el registro o la difusión de datos privados.	Desconocimiento de las implicaciones éticas y legales que afectan a la historia clínica. Historia clínica mal ordenada, difusa la labor asistencial y los pacientes pueden exponerse al riesgo de prácticas inadecuadas por mala interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.	Repercusiones de acciones de tipo judicial y administrativo (demandas-reclamaciones jurídicas)	Probable	4	Mayor	4	16	EXTREMA	Auditoria de la calidad de la HC	DEBIL	Probable	4	Mayor	4	16	EXTREMA	Reducir e Riesgo	Auditoria a la Historia Clínica Socialización a los profesionales de las múltiples implicaciones éticas y legales que afectan a la historia clínica	Registro de asistencia/ informes de auditoria	Coordinador Unidad Funcional	30/03/20	% de cumplimiento
9. Atención al Usuario	AU-01-D	Pérdida de Integridad	Daño físico en los equipos de computo	Equipos de computo	Seguridad Digital	Derriame de Líquidos Como circuitos Daño físico causado por terceros Furto	Consumo de alimentos y bebidas en los puestos de trabajo Ausencia de la práctica de copias de seguridad con regularidad. Falta de medidas preventivas de seguridad Omisión de las obligaciones de aseguramiento de los bienes del estado	Pérdida de disponibilidad de la información.	Probable	4	Mayor	4	16	EXTREMA	programa de seguros	FUERTE	Improbable	2	Menor	2	4	ALTA	Compartir el Riesgo	verificar que los activos están incluidos en la póliza de seguros	Inventario de equipos	Administración de Inventario y Almacén	31/12/20	% de activos incluidos en los seguros
9. Atención al Usuario	AU-02-D	Pérdida de Disponibilidad	Fallas en el sistema de información, caída de la conectividad con el software	Red de logica	Seguridad Digital	Red inalámbrica expuesta al acceso no autorizado Acceso no autorizado a sistemas externos Falta de actualización del software	Fallas de seguridad en el acceso Amenazas enfocadas a errores de diseño, pruebas e implementación de software	Pérdida del acceso y la continuidad del servicio para usuarios internos y externos. Retraso en los procesos de la Entidad	Probable	4	Moderado	3	12	ALTA	Antivirus / red protegida	MODERADO	Posible	3	Menor	2	6	MODERADA	Reducir e Riesgo	Uso controlado de medios de almacenaje (USB) Restricción de claves de acceso a la red, solo personal autorizado	Registro de soporte de asignación de claves y cancelación de permisos	Coordinador Unidad Funcional	30/03/20	% de ataques informáticos reportados
9. Atención al Usuario	AU-03-D	Pérdida de Confidencialidad	Por ausencia de terminación de sesión cuando se abandona la estación de trabajo.	Historia Clínica Electrónica	Seguridad Digital	Fallas en el ingreso de datos de las historias clínicas electrónicas Copiar y pegar información de un paciente en la historia clínica de un nuevo paciente. Falta de ética profesional, ligada con la no maleficencia por las consecuencias para el paciente de errores u olvidos en el registro o la difusión de datos privados.	Desconocimiento de las implicaciones éticas y legales que afectan a la historia clínica. Historia clínica mal ordenada, difusa la labor asistencial y los pacientes pueden exponerse al riesgo de prácticas inadecuadas por mala interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.	Repercusiones de acciones de tipo judicial y administrativo (demandas-reclamaciones jurídicas)	Probable	4	Mayor	4	16	EXTREMA	Auditoria de la calidad de la HC	DEBIL	Probable	4	Mayor	4	16	EXTREMA	Reducir e Riesgo	Auditoria a la Historia Clínica Socialización a los profesionales de las múltiples implicaciones éticas y legales que afectan a la historia clínica	Registro de asistencia/ informes de auditoria	Coordinador Unidad Funcional	30/03/20	% de cumplimiento capacitación
10. Gestión Clínica	GC-01-D	Pérdida de Integridad	Daño físico en los equipos de computo	Equipos de computo	Seguridad Digital	Derriame de Líquidos Como circuitos Daño físico causado por terceros Furto	Consumo de alimentos y bebidas en los puestos de trabajo Ausencia de la práctica de copias de seguridad con regularidad. Falta de medidas preventivas de seguridad Omisión de las obligaciones de aseguramiento de los bienes del estado	Pérdida de disponibilidad de la información.	Probable	4	Mayor	4	16	EXTREMA	programa de seguros	FUERTE	Improbable	2	Menor	2	4	ALTA	Compartir el Riesgo	verificar que los activos están incluidos en la póliza de seguros	Inventario de equipos	Administración de Inventario y Almacén	31/12/20	% activos del área incluidos en pólizas de seguros
10. Gestión Clínica	GC-02-D	Pérdida de Disponibilidad	Fallas en el sistema de información, caída de la conectividad con el software	Red de logica	Seguridad Digital	Red inalámbrica expuesta al acceso no autorizado Acceso no autorizado a sistemas externos Falta de actualización del software	Fallas de seguridad en el acceso Amenazas enfocadas a errores de diseño, pruebas e implementación de software	Pérdida del acceso y la continuidad del servicio para usuarios internos y externos. Retraso en los procesos de la Entidad	Probable	4	Moderado	3	12	ALTA	Antivirus / red protegida	MODERADO	Posible	3	Menor	2	6	MODERADA	Reducir e Riesgo	Uso controlado de medios de almacenaje (USB) Restricción de claves de acceso a la red, solo personal autorizado	Registro de soporte de asignación de claves y cancelación de permisos	Coordinador Unidad Funcional	30/03/20	% de ataques informáticos reportados
10. Gestión Clínica	GC-03-D	Pérdida de Confidencialidad	Por ausencia de terminación de sesión cuando se abandona la estación de trabajo.	Historia Clínica Electrónica	Seguridad Digital	Fallas en el ingreso de datos de las historias clínicas electrónicas Copiar y pegar información de un paciente en la historia clínica de un nuevo paciente. Falta de ética profesional, ligada con la no maleficencia por las consecuencias para el paciente de errores u olvidos en el registro o la difusión de datos privados.	Desconocimiento de las implicaciones éticas y legales que afectan a la historia clínica. Historia clínica mal ordenada, difusa la labor asistencial y los pacientes pueden exponerse al riesgo de prácticas inadecuadas por mala interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.	Repercusiones de acciones de tipo judicial y administrativo (demandas-reclamaciones jurídicas)	Probable	4	Mayor	4	16	EXTREMA	Auditoria de la calidad de la HC	DEBIL	Probable	4	Mayor	4	16	EXTREMA	Reducir e Riesgo	Auditoria a la Historia Clínica Socialización a los profesionales de las múltiples implicaciones éticas y legales que afectan a la historia clínica	Registro de asistencia/ informes de auditoria	Coordinador Unidad Funcional	30/03/20	% de cumplimiento
11. Docencia, Investigaciones	ID-01-D	Pérdida de Disponibilidad	Pérdida de la información generada por las actividades propias de la gestión del proceso	Equipos de computo	Seguridad Digital	Pérdida de la información generada por las actividades propias de la gestión del proceso Falta de pruebas regulares a las copias de respaldo.	Ausencia de medidas para evitar la pérdida de datos, por ejemplo copias de seguridad. Falta de pruebas regulares a las copias de respaldo.	Pérdida de disponibilidad de la información para los usuarios internos y externos.	Posible	3	Mayor	4	12	MODERADA	Copia de seguridad en línea (Drive) con el correo institucional	DEBIL	Posible	3	Mayor	4	12	EXTREMA	Reducir e Riesgo	Implementación de la actividad de ejecución de copias de seguridad en los procedimientos del proceso de docencia, investigación e innovación (planilla de control para verificación)	Registro de fechas de copias de seguridad	Coordinador Oficina de Docencia, Investigación e Innovación	31/12/20	% de procedimientos ajustados
11. Docencia, Investigaciones	ID-02-D	Pérdida de Integridad	Ataques informáticos internos/externos a la infraestructura tecnológica ( hardware, red interna)	Equipos de computo	Seguridad Digital	Códigos maliciosos (Spyware, Troyanos, Virus, Gusanos) que afectan la operación del Hardware	Vulnerabilidades técnicas sin conocer, uso de software desactualizado	Pérdida de la continuidad del servicio para los usuarios internos y externos. Afectación a toda la Entidad	Improbable	2	Moderado	3	6	MODERADA	Antivirus / red protegida	MODERADO	Improbable	2	Mayor	4	8	MODERADA	Reducir e Riesgo	No aceptación de archivos en usb. Todos los archivos deben ser verificados.	Confirmación de bloqueo por parte del área de sistemas.	Coordinador Oficina de Docencia, Investigación e Innovación	31/12/20	% de ataques informáticos reportados
11. Docencia, Investigaciones	ID-03-D	Pérdida de Disponibilidad	Pérdida de la información propia de los convenios docencia servicio	Convenios docencia servicio	Seguridad Digital	Pérdida de la información propia de cada convenio docencia servicio con las urvidades	Ausencia de copias de seguridad de la información	Reprocesos	Improbable	2	Moderado	3	6	MODERADA	Copias mensuales de la información	DEBIL	Improbable	2	Moderado	3	6	BAJA	Reducir e Riesgo	Solicitar a sistemas mayor frecuencia de copias de seguridad	Registro de copias de seguridad	Coordinador Oficina de Docencia, Investigación e Innovación	31/03/20	Periodicidad copias de respaldo
11. Docencia, Investigaciones	ID-04-D	Pérdida de Confidencialidad	Pérdida de la confidencialidad de la información registrada en las bases de datos por acceso de personas externas al proceso no autorizadas	Bases de datos practicas formateadas los estudiantes y registro de notas	Seguridad Digital	Usuarios mal intencionados o con desconocimiento de las políticas de acceso	Falta de implementación de procesos de suministro de acceso a usuarios para asignar y renovar derechos de acceso	Afectación a la disponibilidad de acceso a la información.	Probable	4	Mayor	4	16	EXTREMA	Instructivo de asignación de claves de acceso	MODERADO	Improbable	2	Mayor	4	8	ALTA	Reducir e Riesgo	Aplicación del procedimiento de asignación de claves y cancelación de permisos	Registro de soporte de asignación de claves y cancelación de permisos	Coordinador sistemas de información	30/03/20	% de claves por equipos asignados y respaldados
12. Gestión Financiera	GF-01-D	Pérdida de Disponibilidad	La falta de acceso a la información con la oportunidad requerida en las actividades propias de la gestión del proceso	Equipos de computo	Seguridad Digital	Falta de equipos para el acceso de la información necesaria en el proceso	1. Ausencia de medidas para evitar la pérdida de datos. 2. Falta de pruebas regulares a las copias de respaldo. 3. Desatención por parte del funcionamiento. 4. Equipos obsoletos 5. Condiciones físicas inadecuadas.	Afectación grave de la disponibilidad de la información debido al interés particular de los empleados y terceros	Probable	4	Mayor	4	16	ALTA	Discos duros para backup de información Copia en la nube.	MODERADO MODERADO	Posible 3	Moderado 3	9	MODERADA	Reducir e Riesgo	Implementación de la política de seguridad en los procedimientos del proceso de la oficina mediante una planilla de para verificación.	Planilla de verificación	Pu - Contabilidad Pu - Presupuesto Pu - Tesorería Pu - Costos Pu - Facturación Pu - Auditoria	31/12/20	Planilla verificación elaborada e implementada		
12. Gestión Financiera	GF-02-D	Pérdida de Integridad	Ataques informáticos internos/externos a la infraestructura tecnológica ( hardware, red interna)	Equipos de computo	Seguridad Digital	Códigos maliciosos (Spyware, Troyanos, Virus, Gusanos) que afectan la operación del Hardware	1. Ausencia de Medidas para la seguridad informática 2. Software desactualizado	Afectación grave de la integridad de la información debido al interés particular de los empleados y terceros	Probable	4	Mayor	4	16	ALTA	Antivirus / red protegida	MODERADO	Posible	Moderado	3	9	MODERADA	Reducir e Riesgo	Implementación de la política de seguridad en los procedimientos del proceso de la oficina mediante una planilla de control para verificación	Planilla de verificación	Pu - Contabilidad Pu - Presupuesto Pu - Tesorería Pu - Costos Pu - Facturación Pu - Auditoria	31/12/20	Planilla verificación elaborada e implementada	

**PROCESO DE PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD**  
**MATRIZ DE RIESGO DE SEGURIDAD DIGITAL**

**CODIGO:**  
**PC-FR-020**

**FECHA DE ACTUALIZACION:**  
**22/06/2016**

**PAGINA 1 DE 1**



Fecha: 01/11/2019

RIESGOS POR:

PROCESOS

PROCESO:	OBJETIVO:
----------	-----------

IDENTIFICACION						ANÁLISIS					VALORACION					MANEJO										
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ACTIVO	TIPO	AMENAZA	CAUSAS		CONSECUENCIAS	PROBABLEDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	SOLIDEZ DEL CONTROL	PROBABLEDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCIÓN DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOORTE	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCIÓN	INDICADOR			
12. Gestión Financiera	GF-04-D	Pérdida de Disponibilidad	Falta de disponibilidad de la información requerida en el proceso	Información en actas de conciliación entre módulos, Certificados de disponibilidad, Certificado de registro presupuestales, Ejecuciones presupuestales, Actas de reunión, Bases de distribución, Contratos Informes, Estados Financieros, Fichas Técnicas, Instruccion, Plan de pagos, Facturas, Recibos de Caja y Egresos, Actas de conciliación de Auditoria, Correspondencias.	Seguridad Digital	Falta de equipos para el acceso de la información necesaria en el proceso	1. No existe integridad de la base de datos 2. Caídas del sistema información 3. No existen copia de seguridad 4. Desastres del funcionario 5. Condiciones físicas inadecuadas.	Afectación grave de la disponibilidad de la información debido al interés particular de los empleados y terceros	Probable	4	Mayor	4	16 ALTA	Discos duros para backup de Información	MODERADO	Posible	3	Moderado	3	9 MODERADA	Reducir e Riesgo	Implementación de la política de seguridad en los procedimientos del proceso de la oficina mediante una planilla de control para verificación	Planilla de verificación	Pu - Contabilidad Pu - Presupuesto Pu - Tesorería Pu - Costos Pu - Facturación Pu - Auditoria	31/12/20	Planilla verificación elaborada e implementada
12. Gestión Financiera	GF-04-D	Pérdida de Integridad	Pérdida de información parcial por ausencia de controles	Información en actas de conciliación entre módulos, Certificados de disponibilidad, Certificado de registro presupuestales, Ejecuciones presupuestales, Actas de reunión, Bases de distribución, Contratos Informes, Estados Financieros, Fichas Técnicas, Instruccion, Plan de pagos, Facturas.	Seguridad Digital	Pérdida de información parcial de fuentes de almacenamiento	1. Ausencia de Medidas para la seguridad informática 2. Software desactualizado 3. No existen copia de seguridad 4. Desastres del funcionario	Afectación grave de la disponibilidad de la información debido al interés particular de los empleados y terceros	Probable	4	Mayor	4	16 ALTA	Inventario de documentos	DEBIL	Posible	3	Moderado	3	9 MODERADA	Reducir e Riesgo	Implementación de la política de seguridad en los procedimientos del proceso de la oficina mediante una planilla de control para verificación	Planilla de control de verificación	Pu - Contabilidad Pu - Presupuesto Pu - Tesorería Pu - Costos Pu - Facturación Pu - Auditoria	31/12/20	Planilla verificación elaborada e implementada
13. Gestión Administrativa	GA-01-D	Pérdida de Disponibilidad	Pérdida de la información generada por las actividades propias de la gestión del proceso	Aplicaciones	Seguridad Digital	Pérdida de la información generada por las actividades propias de la gestión del proceso	Ausencia de medidas para evitar la pérdida de datos, por ejemplo copias de respaldo, Falta de pruebas regulares a las copias de respaldo.	Perdida de disponibilidad de la información para los usuarios internos y externos.	Posible	3	Moderado	3	9 ALTA	Procedimientos del área	MODERADO	Improbable	2	Moderado	3	6 MODERADA	Reducir e Riesgo	Implementación de la actividad de ejecución de copias de seguridad en los procedimientos del proceso de planeación / planilla de control para verificación	Registro de fechas de copias de seguridad	Coordinador tecnologías de la información	30/12/2020	Búsqueda de Registro diligenciada
13. Gestión Administrativa	GA-02-D	Pérdida de Integridad	Ataques informáticos internos/externos a la infraestructura tecnológica ( hardware, red interna)	Aplicaciones	Seguridad Digital	Códigos maliciosos (Spyware, Trojans, Virus, Gusanos) que afectan la operación del Habaere	Vulnerabilidades técnicas sin conocer, uso de software desactualizado	Perdida de la continuidad del servicio para los usuarios internos y externos. Afectación a toda la Entidad	Improbable	2	Moderado	3	6 MODERADA	Antivirus actualizado/red protegida	MODERADO	Rara vez	1	Moderado	3	3 MODERADA	Reducir e Riesgo	No aceptación de archivos en usb. Todos los archivos deben ser escaneados. Restricciones de usb, cd, puertos abiertos que permitan un ataque	Registro de los ataques presentados y socializados a las áreas donde se presentaron	Coordinador tecnologías de la información	30/12/2020	Registro de ataques reportados e investigados
13. Gestión Administrativa	GA-03-D	Pérdida de Confidencialidad	Pérdida de la confidencialidad ocasionada por acceso no autorizado a sistemas y servicios, o abuso de derechos de acceso a sistemas y servicios provocado por algún funcionario/ contratista.	Comunicaciones	Seguridad Digital	Usuarios mal intencionados o desconocimiento de los procesos por políticas de la Entidad.	Falta de implementación de procesos para el registro y cancelación de registro de usuarios. Falta de implementación de procesos de suministro de acceso a usuarios para asignar o revocar derechos de acceso	Afectación a la disponibilidad de acceso a la información.	Posible	3	Moderado	3	9 ALTA	Instrucción de asignación de claves de acceso	MODERADO	Improbable	2	Moderado	3	6 MODERADA	Reducir e Riesgo	Aplicación del procedimiento de asignación de claves y cancelación de permisos	Definición de Políticas de Seguridad de la información	Coordinador tecnologías de la información	30/12/2020	Documento elaborado
13. Gestión Administrativa	GA-04-D	Pérdida de Disponibilidad	Pérdida de disponibilidad de la información del IMPO en la intranet	Infraestructura	Seguridad Digital	Pérdida de información de la base de datos del Intranet	No integridad de la base de datos / caídas del sistema / no copia de seguridad	Reprocesos	Improbable	2	Moderado	3	6 MODERADA	Copias mensual de la base de datos de Intranet	MODERADO	Rara vez	1	Moderado	3	3 MODERADA	Aceptar el Riesgo	Tener copias de Intranet	Registro de las copias de seguridad	Coordinador tecnologías de la información	30/12/2020	Registro de las copias de seguridad realizadas
13. Gestión Administrativa	GA-05-D	Pérdida de Disponibilidad	Daño en las comunicaciones, wifi, seguridad perimetral	Servidores	Seguridad Digital	No contar con tecnología actualizada	Problemas de energía/Tiempo de uso de las piezas/Humedad	Perdida de la continuidad del servicio para los usuarios internos y externos.	Posible	3	Moderado	3	9 ALTA	Ninguno	DEBIL	Posible	3	Moderado	3	9 ALTA	Reducir e Riesgo	Solicitar recursos para la compra de equipos	Comprar equipos con presupuesto aprobado	Coordinador tecnologías de la información	30/12/2020	Informe de compra e instalación de equipos
13. Gestión Administrativa	GA-06-D	Pérdida de Integridad	Mal funcionamiento de las aplicaciones de producción del Hospital	Aplicaciones	Seguridad Digital	Actualizaciones enviadas por el proveedor que no funcionan adecuadamente	Falta de pruebas adecuadas por parte del proveedor y del usuario líder del módulo que fallan	Afectación a los módulos que presentan fallas.	Posible	3	Moderado	3	9 ALTA	Probar las actualizaciones antes de colocaras en producción	MODERADO	Improbable	2	Moderado	3	6 MODERADA	Reducir e Riesgo	Realizar pruebas internas en los módulos cada vez que se realiza un cambio	Solicitar evidencias sobre las pruebas realizadas	Líderes de los Módulos	30/12/2020	Cuadro de confirmación de que se realizaron las pruebas
13. Gestión Administrativa	GA-07-D	Pérdida de Disponibilidad	Mal funcionamiento de las aplicaciones de producción del Hospital	Aplicaciones	Seguridad Digital	Actualizaciones enviadas por el proveedor que no funcionan adecuadamente	Falta de pruebas adecuadas por parte del proveedor y del usuario líder del módulo que fallan	Afectación a los módulos que presentan fallas.	Posible	3	Moderado	3	9 ALTA	Probar las actualizaciones antes de colocaras en producción	MODERADO	Improbable	2	Moderado	3	6 MODERADA	Reducir e Riesgo	Realizar pruebas internas en los módulos cada vez que se realiza un cambio	Solicitar evidencias sobre las pruebas realizadas	Líderes de los Módulos	30/12/2020	Cuadro de confirmación de que se realizaron las pruebas
13. Gestión Administrativa	GA-08-D	Pérdida de Confidencialidad	Mal uso de la información registrada en la aplicación mesonal	Aplicaciones	Seguridad Digital	Actualizaciones enviadas por el proveedor que no funcionan adecuadamente	Falta de pruebas adecuadas por parte del proveedor y del usuario líder del módulo que fallan	Afectación a los módulos que presentan fallas.	Posible	3	Moderado	3	9 ALTA	Probar las actualizaciones antes de colocaras en producción	MODERADO	Improbable	2	Moderado	3	6 MODERADA	Reducir e Riesgo	Realizar pruebas internas en los módulos cada vez que se realiza un cambio	Solicitar evidencias sobre las pruebas realizadas	Líderes de los Módulos	30/12/2020	Cuadro de confirmación de que se realizaron las pruebas
13. Gestión Administrativa	GA-09-D	Pérdida de Disponibilidad	Daño en el centro de datos	Infraestructura	Seguridad Digital	Ataques físico, problemas de la naturaleza, daños de energía	Problemas de energía/Tiempo de uso de las piezas/Humedad, Falta de controles de acceso no permitidos	Perdida de la continuidad del servicio para los usuarios internos y externos. Afectación a toda la Entidad.	Posible	3	Mayor	4	12 EXTREMA	Ninguno	DEBIL	Posible	3	Mayor	4	12 EXTREMA	Reducir e Riesgo	Solicitar recursos para la compra de equipos	Comprar equipos con presupuesto aprobado	Coordinador tecnologías de la información	30/12/2020	Informe de compra e instalación de equipos
13. Gestión Administrativa	GA-10-D	Pérdida de Disponibilidad	Daño en los servidores de la institución, Bases de datos de respaldo, copias de seguridad, servidores virtuales	Servidores	Seguridad Digital	No contar con tecnología actualizada y con soporte de los proveedores	Problemas de energía/Tiempo de uso de las piezas/Humedad/Daño en servidores virtuales	Perdida de la continuidad del servicio para los usuarios internos y externos.	Posible	3	Mayor	4	12 EXTREMA	Restricciones periódicas de las bases de datos	MODERADO	Improbable	2	Moderado	3	6 MODERADA	Reducir e Riesgo	Solicitar recursos para la compra de equipos	Comprar equipos con presupuesto aprobado	Coordinador tecnologías de la información	30/12/2020	Informe de compra e instalación de equipos
13. Gestión Administrativa	GA-11-D	Pérdida de Disponibilidad	No contar con personal especializado para el manejo de las aplicaciones mesonales	Soporte a usuarios	Personal	No tener soporte para las aplicaciones que apoyan la información del Hospital	No encontrar personal especializado en las aplicaciones.	No tener soporte para ayudar a los usuarios en los problemas que se presenten Afectación a los procesos de la Entidad	Probable	4	Mayor	4	16 EXTREMA	Ninguno	DEBIL	Probable	4	Mayor	4	16 EXTREMA	Reducir e Riesgo	Tratar de retener los recursos escasos.	Contratos realizados por el año	Coordinador tecnologías de la información	30/12/2020	Copia de contrato realizado por el año
14. Gestión Jurídica	GJ-01-D	Pérdida de Disponibilidad	Pérdida de la información generada por las actividades propias de la gestión del proceso	Equipos de computo	Seguridad Digital	Pérdida de la información generada por las actividades propias de la gestión del proceso	Ausencia de medidas para evitar la pérdida de datos, por ejemplo copias de respaldo, Falta de pruebas regulares a las copias de respaldo.	Perdida de disponibilidad de la información para los usuarios internos y externos.	Posible	3	Mayor	4	12 EXTREMA	Ninguno	DEBIL	Posible	3	Mayor	4	12 MODERADA	Reducir e Riesgo	Implementación de la actividad de ejecución de copias de seguridad en los procedimientos del proceso de control interno / planilla de control para verificación	Registro de fechas de copias de seguridad	Jefe Oficina Jurídica	30/12/2020	Cuadro de procedimientos ajustados
14. Gestión Jurídica	GJ-02-D	Pérdida de Integridad	Ataques informáticos internos/externos a la infraestructura tecnológica ( hardware, red interna)	Equipos de computo	Seguridad Digital	Códigos maliciosos (Spyware, Trojans, Virus, Gusanos) que afectan la operación del Habaere	Vulnerabilidades técnicas sin conocer, uso de software desactualizado	Perdida de la continuidad del servicio para los usuarios internos y externos. Afectación a toda la Entidad	Improbable	2	Moderado	3	6 MODERADA	Antivirus / red protegida	MODERADO	Rara vez	1	Mayor	4	4 MODERADA	Reducir e Riesgo	No aceptación de archivos en usb. Todos los archivos deben ser escaneados	Jefe Oficina Jurídica	30/12/2020	Informe de ataques reportados	
14. Gestión Jurídica	GJ-03-D	Pérdida de Confidencialidad	Pérdida de la confidencialidad ocasionada por acceso no autorizado a sistemas y servicios, o abuso de derechos de acceso a sistemas y servicios provocado por algún funcionario/ contratista.	Información de procesos, contratos, entre otros	Seguridad Digital	Usuarios mal intencionados o desconocimiento de los procesos por políticas de la Entidad.	Falta de implementación de procesos para el registro y cancelación de registro de usuarios. Falta de implementación de procesos de suministro de acceso a usuarios para asignar o revocar derechos de acceso	Afectación a la disponibilidad de acceso a la información.	Posible	3	Mayor	4	12 EXTREMA	Instrucción de asignación de claves de acceso	MODERADO	Improbable	2	Mayor	4	8 ALTA	Reducir e Riesgo	Aplicación del procedimiento de asignación de claves y cancelación de permisos	Registro de soporte de asignación de claves y cancelación de permisos	Jefe Oficina Jurídica	30/12/2020	Cuadro de claves por asignadas e investigadas e definidas

**PROCESO DE PLANEACION Y GESTION DE CALIDAD  
MATRIZ DE RIESGO DE SEGURIDAD DIGITAL**

**CODIGO:**  
PC-FR-020

**FECHA DE ACTUALIZACION:**  
22/06/2016

**PAGINA 1 DE 1**



Fecha: 01/11/2019

RIESGOS POR:

PROCESOS

PROCESO:

OBJETIVO:

IDENTIFICACION				ANALISIS										MANEJO																		
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	RIESGO	DESCRIPCION DEL RIESGO	ACTIVO	TIPO	AMENAZA	CAUSAS		CONSECUENCIAS		PROBABILIDAD DE OCURRENCIA		IMPACTO		NIVEL DE RIESGO INHERENTE		CONTROL EXISTENTE		SOLIDEZ DEL CONTROL		PROBABILIDAD RESIDUAL		IMPACTO RESIDUAL		NIVEL DE RIESGO RESIDUAL		OPCION DE MANEJO	ACTIVIDAD DE CONTROL	SOPORTE	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	INDICADOR
15. Control Interno	CI-01-D	Pérdida de Disponibilidad	Pérdida de la información generada por las actividades propias de la gestión del proceso	Equipos de computo	Seguridad Digital	Pérdida de la información generada por las actividades propias de la gestión del proceso	Ausencia de medidas para evitar la pérdida de datos, por ejemplo copias de respaldo. Falta de pruebas regulares a las copias de respaldo.	Perdida de disponibilidad de la información para los usuarios internos y externos.	Posible	3	Mayor	4	12	EXTREMA	Ninguno	DEBIL	Posible	3	Mayor	4	12	MODERADA	Reducir e Riesgo	Implementación de la actividad de ejecución de copias de seguridad en los procedimientos del proceso de control interno (planilla de control para verificación)	Registro de fechas de copias de seguridad	Jefe Oficina de Control Interno	30/06/2016	% de procedimientos ajustados				
15. Control Interno	CI-02-D	Pérdida de Integridad	Ataques informáticos internos/externos a la infraestructura tecnológica ( hardware, red interna)	Equipos de computo	Seguridad Digital	Códigos maliciosos (Spyware, Trojans, Virus, Gusanos) que afectan la operación del Hardware	Vulnerabilidades técnicas sin conocer, uso de software desactualizado	Perdida de la continuidad del servicio para los usuarios internos y externos. Afectación a toda la Entidad	Improbable	2	Moderado	3	6	MODERADA	Antivirus / red protegida	MODERADO	Rara vez	1	Mayor	4	4	MODERADA	Reducir e Riesgo	No aceptación de archivos en usb. Todos los archivos deben ser verificados	Jefe Oficina de Control Interno	30/06/2016	% de ataques informáticos reportados					
15. Control Interno	CI-03-D	Pérdida de Confidencialidad	Pérdida de la confidencialidad ocasionada por acceso no autorizado a sistemas y servicios, o abuso de derechos de acceso a sistemas y servicios provocado por algún funcionario/contratista.	Información de proyectos, estadística, procesos. Entre otros.	Seguridad Digital	Usuarios mal intencionados o con desconocimiento de los procesos y/o políticas de la Entidad.	Falta de implementación de procesos para el registro y cancelación de registro de usuarios. Falta de implementación de procesos de suministro de acceso a usuarios para asignar o revocar derechos de acceso.	Afectación a la disponibilidad de acceso a la información.	Posible	3	Mayor	4	12	EXTREMA	Instructivo de asignación de claves de acceso	MODERADO	Improbable	2	Mayor	4	8	ALTA	Reducir e Riesgo	Aplicación del procedimiento de asignación de claves y cancelación de permisos	Registro de soporte de asignación de claves y cancelación de permisos	Jefe Oficina de Control Interno	30/06/2016	% de claves por equipos asignadas y respaldadas				
15. Control Interno	CI-04-D	Pérdida de Disponibilidad	Pérdida de disponibilidad de la información del MPG en la internet	Información de procesos, procedimientos, guías, protocolos, instructivos, formatos	Seguridad Digital	Pérdida de información de la base de datos del Intranet	No integridad de la base de datos / caída del sistema / no copia de seguridad	Reprocesos	Improbable	2	Moderado	3	6	MODERADA	Copias mensual de la base de datos de Intranet	DEBIL	Improbable	2	Moderado	3	6	MODERADA	Aceptar el Riesgo	Solicitar a sistemas mayor frecuencia de copias de intranet	Jefe Oficina de Control Interno	30/06/2016	Periodicidad copias de respaldo					
16. Control Interno Disciplinario	CD-01-D	Pérdida de Disponibilidad	Pérdida de la información generada por las actividades propias de la gestión del proceso	Equipos de computo	Seguridad Digital	Pérdida de la información generada por las actividades propias de la gestión del proceso	Ausencia de medidas para evitar la pérdida de datos, por ejemplo copias de respaldo. Falta de pruebas regulares a las copias de respaldo.	Perdida de disponibilidad de la información para los usuarios internos y externos.	Posible	3	Menor	2	6	MODERADA	MANTENIMIENTO DE LOS COMPUTADORES	MODERADO	Rara vez	1	Menor	2	2	BAJA	Reducir e Riesgo	Implementación de la actividad de ejecución de copias de seguridad en la información que se tenga en los equipos de computo	Registro de fechas de copias de seguridad	profesional universitario oficina de control disciplinario	30/06/2016	% de procedimientos ajustados				
16. Control Interno Disciplinario	CD-02-D	Pérdida de Confidencialidad	Pérdida de la confidencialidad ocasionada por acceso no autorizado a los procesos	Información de procesos.	Seguridad Digital	Usuarios mal intencionados o con desconocimiento de los procesos y/o políticas de la Entidad.	Falta de implementación de Base de datos de los procesos	Perdida de la continuidad del tramite de los procesos. Afectación a toda la Entidad	Rara vez	1	Mayor	4	4	MODERADA	lista de chequeo cuadro de base de datos de proceso.	MODERADO	Rara vez	1	Moderado	3	3	MODERADA	Reducir e Riesgo	Aplicación del procedimiento para el manejo de los expedientes y procesos	diligenciamiento de cuadro con la base de datos y los cambios de los procesos de manera trimestral	profesional universitario oficina de control disciplinario	30/06/2016	veracidad en la actualización de la base de datos				
16. Control Interno Disciplinario	CD-03-D	Pérdida de Disponibilidad	perdida del conocimiento del proceso disciplinario y del tramite	personal con experiencia capacitado	Seguridad Digital	Pérdida de información de los procesos disciplinarios	No integridad de la base de datos, no copia de seguridad	Afectación a la disponibilidad de acceso a la información.	Probable	4	Moderado	3	12	ALTA	Copias mensual de la de la información y de las proyecciones en los computadores	MODERADO	Posible	3	Menor	2	6	MODERADA	Evitar el Riesgo	solicitar al funcionario dejar copia de sus actuaciones	copias de seguridad u unificación de la información por red	profesional universitario oficina de control disciplinario	30/06/2016	Periodicidad copias de respaldo				
16. Control Interno Disciplinario	CD-04-D	Pérdida de Confidencialidad	perdida de la confidencialidad ocasionada por el mal manejo de los archivos	Oficinas y archivos	Seguridad Digital	perdida de información de los procesos disciplinarios	falta de implementación de archivo documental	Perdida de la continuidad del tramite de los procesos. Afectación a toda la Entidad	Improbable	2	Mayor	4	8	ALTA	lista de chequeo cuadro de base de datos de proceso.	MODERADO	Rara vez	1	Moderado	3	3	MODERADA	Reducir e Riesgo	Aplicación del procedimiento para el manejo de los expedientes y procesos	diligenciamiento de cuadro con la base de datos y los cambios de los procesos de manera trimestral	profesional universitario oficina de control disciplinario	30/06/2016	veracidad en la actualización de la base de datos				
										6		0	0					6		0	0											