

MATRIZ DE RIESGOS



CODIGO: PC-FR-003	FECHA DE ELABORACION: 16 DE JULIO DE 2015	FECHA DE ACTUALIZACION: 22 DE JUNIO DE 2016	VERSION: 2	PAGINA 1 DE 14
----------------------	--	--	------------	----------------

Fecha	22 DE JUNIO DE 2016	RIESGOS POR:	X	PROCESOS	INSTITUCIONAL
PROCESO: PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE 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.				
DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL	Diseñar las políticas institucionales y orientar su cumplimiento mediante la dirección, planeación, evaluación y control en la administración y gestión de la institución, para el desarrollo de la misión y el logro de los objetivos estratégicos.				
GESTIÓN COMERCIAL Y DE CARTERA	Gestionar el mercadeo, la venta y el cobro de los servicios mediante la programación, proyección, ejecución, control y seguimiento de las actividades encaminadas, para garantizar la venta de servicios y el flujo de los recursos necesarios para el funcionamiento del Hospital.				
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	Brindar un servicio en salud oportuno, seguro, continuo, integral, pertinente y humanizado mediante la organización de los recursos humano, físico y de apoyo, aplicando el plan de manejo a los pacientes que acceden al servicio de urgencias para garantizar la calidad de la atención.				
PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS	Brindar una atención en servicios quirúrgicos y obstétricos de forma oportuna, segura, continua, integral, pertinente y humanizada, mediante la organización del recurso humano y físico, para mantener, recuperar y/o mejorar las condiciones de salud del usuario.				
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE INTERNACIÓN MÉDICA	Brindar una atención en servicios de hospitalización general y crítica a población adulta, pediátrica y neonatal de forma segura, oportuna, continua, integral, pertinente y humanizada, mediante la organización del recurso humano y físico, para mantener, recuperar y/o mejorar las condiciones de salud del usuario.				
PRESTACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE APOYO A LA ATENCIÓN	Brindar una atención en servicios ambulatorios y de apoyo a la atención de forma segura, oportuna, continua, integral, pertinente y humanizada, mediante la organización del talento humano y recursos físicos para mantener, recuperar y/o mejorar las condiciones de salud del usuario.				
SERVICIO FARMACÉUTICO	Proveer una atención oportuna y segura desde el servicio farmacéutico mediante la organización del recurso humano, físico y el cumplimiento de la normatividad, apoyando la planeación de la atención y ejecución del tratamiento farmacológico determinado para prevenir, diagnosticar, recuperar y/o mejorar las condiciones de salud del usuario.				
ATENCIÓN AL USUARIO Y TRABAJO SOCIAL	Identificar, analizar, gestionar oportuna y satisfactoriamente situaciones económicas, sociales y familiares que afecten la prestación de los servicios de salud y a la Institución; mediante la intervención social y desarrollo de los sistemas de información que faciliten la interacción con los usuarios de acuerdo a sus necesidades y percepción frente a la atención y evaluación de la información.				
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, INFECCIONES Y ESTADÍSTICA	Identificar, analizar y gestionar oportunamente los eventos de interés en salud pública e infecciones asociadas a la atención en salud, mediante la implementación de programas institucionales para establecer datos estadísticos y formular estrategias internas de prevención y control.				
DOCENCIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	Desarrollar en forma continua la docencia e investigación a través de alianzas estratégicas con diferentes instituciones aportando conocimiento, identificación y solución de problemas, y fortaleciendo la adquisición de competencias del talento humano para mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud de la región.				
GESTIÓN FINANCIERA	Administrar eficientemente los recursos económicos y la información financiera mediante la ejecución de los procedimientos propios de la gestión acorde con la normatividad vigente, generando información confiable y oportuna para la toma de decisiones que lleven al equilibrio financiero de la institución.				
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	Gestionar los recursos humanos, documentales, ambientales, de apoyo logístico, físicos, de infraestructura, equipos, insumos, de información y el mantenimiento necesario con oportunidad, continuidad y seguridad, conforme a las políticas, planes, programas y requerimientos de las diferentes áreas, mediante la identificación de las necesidades y la planeación, provisión y control de los recursos, para garantizar la prestación de los servicios de forma integral.				
GESTIÓN JURÍDICA	Asesorar, asistir y defender de manera eficiente y oportuna a la institución mediante el cumplimiento del marco normativo vigente, para contribuir con el desarrollo del direccionamiento estratégico de la organización.				
CONTROL INTERNO	Medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles y del sistema de control interno, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos, mediante la realización de las auditorías internas, acompañamiento y asesoría, evaluación y seguimiento, auditoría y asesoría a la administración del riesgo, fomento de la cultura del autocontrol y la relación con entes externos.				
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	Garantizar el debido proceso y dar trámite oportuno a todos los procesos disciplinarios, aplicando la ley disciplinaria a los sujetos disciplinables consignados en la Constitución y la Ley, conforme a lo dispuesto en el Código Disciplinario Único y demás normas aplicables.				

IDENTIFICACIÓN			ANÁLISIS				VALORACIÓN								MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO						
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPONABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCIÓN DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCIÓN	META	INDICADOR	EVALUACIÓN	OBSERVACIONES

IDENTIFICACION			ANALISIS				VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO					
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPOSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES	
PLANEACIÓN Y GESTION DE CALIDAD	PC01	No apoyar el cumplimiento de los objetivos estratégicos	* Desactualización de documentación institucional * Falta de recursos económicos * Falta de asesoría y acompañamiento externo * Falta de Talento humano suficiente para el área * Entrega no oportuna de información de los demás procesos * Alta rotación del personal de la Oficina Asesora de Planeación y Calidad.	* Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando el cumplimiento en las metas de gobierno. * Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por incumplimientos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. * Sanción por parte ente de control u otro ente regulador.	5	4	20	* Proyecto de implementación del Sistema Integrado de Gestión, que incluye la actualización y revisión periódica de la documentación. * Asesoría externa para el proyecto de implementación del SIG. * Disponibilidad de un contratista de prestación de servicios dedicado a la recolección de información y elaboración de informes solicitados por los entes de vigilancia y control.	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	1	100%	3	4	12	EVITAR EL RIESGO	1. Terminar de implementar el sistema integrado de gestión	Jefe Oficina de Planeación y calidad y coordinadores de servicios administrativos y asistenciales	31/12/2016	60%	% del Sistema de Gestión Integral Implementado		
																					2. Gestionar la vinculacion del personal requerido para la oficina	Jefe Oficina de Planeación y calidad	30/03/2016	1	Total personal requerido para oficina vinculado		
PLANEACIÓN Y GESTION DE CALIDAD	PC03	No cumplimiento de la función asignada en la resolución 1802 de marzo de 2015 "Elaborar y diseñar el plan de comunicaciones de la entidad" y "desarrollar y coordinar la implementación del plan de comunicaciones del hospital"	* No disponibilidad del Talento humano * No documentación del procedimiento de comunicaciones	Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	5	3	15	Creación del cargo de profesional universitario, con perfil de comunicador	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	3	3	9	EVITAR EL RIESGO	1. Elaborar y diseñar el Plan de Comunicaciones.	Jefe Oficina de Planeación y calidad, P.U. Comunicaciones	30/06/2016	1	Plan de Comunicacion es elaborado y diseñado			
																				2. Desarrollar y Coordinar la implementación del Plan de Comunicaciones	Jefe Oficina de Planeación y calidad, P.U. Comunicaciones	31/12/2016	100%	% de cumplimiento del plan según cronograma			
DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL	DI01	Definir de forma incorrecta los lineamientos institucionales	1. Inadecuada metodología 2. Competencia de los funcionarios 3. Información desactualizada e incompleta	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras. 2. Imagen institucional afectada en el orden nacional por incumplimientos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. 3. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	3	5	15	1. Informes y reportes 2. Comites 3. Rendición de cuentas	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	1	5	5	EVITAR EL RIESGO	1. Revisión y ajuste de la metodología para la planeación institucional	Jefe Oficina de Planeación y Calidad	31/12/2016	1	Metodología revisada y ajustada			
DIRECCIONAMIENTO INSTITUCIONAL	DI02C	Inadecuado uso de poder en las decisiones institucionales	1. Tramite de influencias 2. Intereses personales	1. Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por actos o hechos de corrupción	1	5	5	1. Manuales de funciones 2. Codigo de Etica 3. Procesos y procedimientos	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	1	5	5	EVITAR EL RIESGO	1. Elaboración del Plan Anticorrupción del Hospital	Jefe Oficina de Planeación y Calidad	#####	1	Plan Anticorrupción elaborado			

IDENTIFICACION			ANALISIS				VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO				
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPONSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPLETADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
				corrupción comprobados. 2. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador.				procedimientos 4. Rendición de cuentas 5. Informes y reportes												1. Seguimiento del Plan Anticorrupción del Hospital	Jefe Oficina de Planeación y Calidad	31/12/2016	2	Evaluaciones realizadas al plan anticorrupción		
GESTION COMERCIAL Y DE CARTERA	CC01	Ventas de servicios de salud sin respaldo contractual con las eps habilitadas en el departamento del Tolima	1. Desacuerdo en cláusulas o en compromisos contractuales. 2. Información de tipo asistencial no ajustada a los requerimientos de la EPS. 3. Manejo de la contratación centralizada a nivel nacional. 4. Posición de desventaja comercial frente a las IPS privadas. 5. Analisis negativo de la relación comercial de ERP	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma importante las metas presupuestales y financieras. 2. 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	4	16	1. Lista de verificación de los Protocolos y guías de atención. 2. Reporte de revisión de la Historia clínica de paciente egresado. 3. Reporte de búsqueda activa institucional (BAI)	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	2	4	8	EVITAR EL RIESGO	1. Elaborar cronograma para negociaciones con las ERP.	Jefe Gestion Comercial y de Cartera	30/06/2016	1	Cronograma realizado		
GESTION COMERCIAL Y DE CARTERA	CC02	No garantizar el flujo de recursos por venta de servicios de salud	1. Inexistencia de contratos con las ERP. 2. Glosa no resuelta oportunamente. 3. Facturación pendiente por radicar. 4. Mala práctica de las ERP en la aplicación de las devoluciones. 5. Incumplimiento por parte de las ERP del acuerdo contractual. 6. Crisis financiera de las ERP. 7. Liquidación de ERP 8. Falta de seguimiento de los saldos y movimiento de la cartera mediante la aplicación de la herramienta del software	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma importante las metas presupuestales y financieras. 2. Imagen institucional afectada en el orden regional por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. 3. Investigaciones fiscales y disciplinarias que no conducen a sanción	5	5	25	1. Gestion documental. 2. Acta de socialización y seguimiento al código de Ética.	PREVENTIVO	1	1	1	1	0	60%	4	5	20	EVITAR EL RIESGO	1. Realizar informe semestral de cartera objeto de conciliación extrajudicial ante superintendencia nacional de salud	Jefe Gestion Comercial y de Cartera	Semestral	2	Informes realizados		
																			2. Realizar informe que permita identificar cartera de difícil recaudo para sugerir acciones jurídicas que correspondan.	Jefe Gestion Comercial y de Cartera	Semestral	2	Informes realizados			
																			3. Elaborar Cronograma de visita gestión de cobro a la entidades con mayor venta.	Jefe Gestion Comercial y de Cartera	30/06/2016	1	Cronograma realizado			
GESTION COMERCIAL Y DE CARTERA	CC03	No elaboración del Plan de Mercadeo	1. Desconocimiento de los prestadores de servicios de salud existente en la región y los servicios que presta. 2. Cese de actividades por causa externa. 3. Equipos	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma importante las metas presupuestales y financieras.	3	4	12	1. Instructivos y registros 2. Acta de socialización y seguimiento al código de Ética. 3. Control de calidad del dato de vigilancia epidemiológica.	PREVENTIVO	0	1	1	0	0	20%	3	4	12	EVITAR EL RIESGO	1. Elaborar cronograma de actividades para elaborar el plan de mercadeo.	Jefe Gestion Comercial y de Cartera	31/07/2016	1	Cronograma realizado		

IDENTIFICACION			ANALISIS				VALORACION										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO					
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPONSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES	
			técnicos insuficientes y/o obsoletos. 5. Información restringida por parte de los otros prestadores.																								
GESTION COMERCIAL Y DE CARTERA	CC04	No elaboración y difusión del Portafolio de Servicios	1. Falta de personal 2. Cese de actividades de grupos sindicales 3. Falta de control de las actividades programadas 4. Falta de apoyo por parte de las unidades asistenciales. 5. Falta de lineamiento para la difusión del portafolio actualizado y/o novedades	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma importante las metas presupuestales y financieras 2. Inoportunidad en la información ocasionando retrasos en la atención a los usuarios.	2	4	8	1. Planes de mejoramiento establecidos. 2. Protocolos de vigilancia. 3. Búsquedas activas institucional de los eventos. 4. Lista de chequeo de las acciones preventivas.	PREVENTIVO	0	1	1	1	0	50%	2	4	8	EVITAR EL RIESGO	1. Elaborar el procedimiento de Mercadeo.	Jefe Gestion Comercial y de Cartera	31/08/2016	1	Procedimiento de mercadeo elaborado			
																				2. Difundir el portafolio de servicios a las ERP habilitadas en el Dpto	Jefe Gestion Comercial y de Cartera	31/12/2016	7	Total de portafolio difundidos / Total de entidades habilitadas			
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE INTERNACIÓN MÉDICA	SI01C	Inoportunidad en la prestación del servicio en internación	1. Conducta clínica o quirúrgica definida en tiempos prolongados. 2. Ausencia de autorización por parte de la ERP 3. Talento humano insuficiente para la cobertura por contingencias de ausencia de personal en el servicio. 4. Discontinuidad en el suministro de medicamentos, insumos y dispositivos médicos 5. Discontinuidad en el suministro de hemoderivados 6. Alto porcentaje de ocupación en uci 7. Tiempos prolongados en la definición, toma y reporte de las ayudas diagnósticas internas y/o externas. 8. Demoras en el traslado intra y extra institucional de los pacientes. 9. Demoras en el alistamiento de la cama. 10. Falta de controles en el	1. Pérdidas de vidas humanas 2. Lesiones o enfermedades que causan discapacidad. 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. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de manera importante el cumplimiento en las metas de gobierno (no presupuestales). 5. Imagen institucional afectada en el orden regional por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos.	5	5	25	1. Auditoria Concurrente 2. Plan anual de compras 3. Verificación diaria de faltantes de insumos y dispositivos médicos 4. Contratación de supernumerarios. 5. Censo diario de pacientes.	PREVENTIVO	1	1	1	1	0	60%	4	5	20	EVITAR EL RIESGO	1. Documentar los protocolos y guías de Manejo	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	31/12/2016	1	Protocolos y guías de manejo documentados / Total de documentos de obligatorio cumplimiento Res 2003			
																				2. Medición de adherencia de los protocolos y guías de manejo de la institución.	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	31/12/2016	1	Medición de adherencia realizadas / Total de protocolos y guías de manejo aprobadas			
																				3. Documentar el procedimiento para la auditoria concurrente	Coordinador Servicio de Internación y subgerencia científica	31/07/2016	1	Procedimiento de auditoria concurrente documentado			
																				4. Seguimiento y análisis del informe de entrega de turno del profesional de enfermería.	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	Mensual	1	Total de requerimientos realizados / total de eventos reportados en el Informe de entrega de turno			

IDENTIFICACION			ANALISIS				VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO				
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPOSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPLETADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
			almacenamiento, custodia y dispensación de los medicamentos e insumos.																	5. Presentar propuesta de ajuste del procedimiento de limpieza terminal	Coordinador del Departamento de Enfermería	31/12/2016	1	Propuesta de ajuste del procedimiento de limpieza terminal presentada		
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE INTERNACIÓN MÉDICA	SI02C	Ocurrencia de eventos adversos e incidentes	1. Falta de adherencia a los protocolos y guías. 2. Insumos sin cumplir los requerimientos técnicos esperados. 3. Discontinuidad en el suministro de medicamentos, insumos y dispositivos médicos. 4. Mobiliario y equipo biomédico en condiciones físicas y técnicas no adecuadas. 5. Adecuaciones físicas sin cumplimiento de los requisitos de habilitación (baños) 6. Ausencia temporal del personal en el servicio para la realización de actividades de apoyo (camillaje y transporte) 7. Toma de decisiones basadas en registros errados. 8. Registro inadecuados en la HC 9. Falta de cultura del reporte de los incidentes, eventos adversos y fallas administrativas.	1. Pérdidas de vidas humanas 2. Lesiones o enfermedades que causan discapacidad. 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. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de manera importante el cumplimiento en las metas de gobierno (no presupuestales). 5. Imagen institucional afectada en el orden regional por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. 6. Pérdida de información crítica para la entidad que no se puede recuperar. 7. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador.	4	5	20	1. Guías y protocolos del servicio 2. Auditoría concurrente 3. Plan de mantenimiento anual 4. Reporte de fallas técnica de Insumos y dispositivos médicos. 5. Plan de capacitación 6. Programa seguridad del paciente	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	2	5	10	EVITAR EL RIESGO	1. Implementar rondas de seguridad por los servicios	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	Mensual	1	Total de rondas realizadas / Total de rondas programadas		
																				2. Documentar las Guías y protocolos de Manejo	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	31/12/2016	1	Protocolos y guías de manejo documentados / Total de documentos de obligatorio cumplimiento Res 2003		
																				3. Medición de adherencia de las guías y protocolos de manejo de la institución	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	31/12/2016	1	Medición de adherencia realizadas / Total de protocolos y guías de manejo aprobadas		
																				4. Realizar la solicitud del plan de mantenimiento preventivo anual para los servicios de internación	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	30/06/2016	1	Plan de mantenimiento solicitado		
																				5. Verificación del cumplimiento del plan de mantenimiento anual para los servicios de internación	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	31/12/2016	1	Total de visitas realizadas / Total de visitas de programadas		
																				6. Reporte y seguimiento a los eventos adversos ocurridos por los registros errados.	Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	31/12/2016	1	Total de eventos adversos reportados / Total de eventos adversos ocurridos por registros errados		

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO			
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPOSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
																					Coordinador Servicio de Internación y del Departamento de Enfermería	31/12/2016	1	Numero de planes de mejoramiento implementados / Total de eventos adversos ocurridos por registros errados		
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	SU01	Inoportunidad en la prestación del servicio	1. Capacidad instalada en infraestructura insuficiente 2. No aplicabilidad del modelo de red del Departamento del Tolima 3. Estancias prolongadas en el servicio de internación 4. No definición de conducta por parte del medico tratante. 5. No disponibilidad de la especialidad requerida 6. No operatividad en la gestión de camas en el servicio de internación. 7. Falta de disponibilidad de ambulancia	1. Pérdidas de vidas humanas 2. Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad. 3. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. 4. Incumplimiento menor en las metas y objetivos institucionales afectando el cumplimiento en las metas de gobierno o presupuestales. 5. Afectación interna en la prestación de los servicios, que no trasciende fuera de la Institución.	5	5	25	1. Cuadro de turnos de personal 2. Registro de entrega de turno del personal asistencial 3. Obligaciones contractuales de los especialistas	PREVENTIVO	1	1	1	1	0	60%	4	5	20	EVITAR EL RIESGO	1. Ajustar el modelo de atención en cuanto a la ubicación del paciente una vez sea valorado y requiera observación médica. 2. Participar de la mesa de trabajo de la Red de urgencias del Municipio de tal manera que se facilite la rotación de los usuarios dentro de la Red de urgencias. 3. Informar mensualmente con el análisis respectivo el comportamiento del indicador de porcentaje de ocupación en urgencias	PE. Area salud - UF de Urgencias	30/06/2016	1	Modelo de atención ajustado		
																				PE. Area salud - UF de Urgencias	31/12/2016	1	Total de reuniones asistidas / Total de reuniones programadas			
																					PE. Area salud - UF de Urgencias	Mensual	12	Informe de gestión del servicio de urgencias		

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO			
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPONSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	SU02	Durante el proceso de atención se presentan acciones inseguras que permiten la presencia de eventos adversos	1. No aplicabilidad de los protocolos y guías de manejo durante el proceso de atención 2. No disponibilidad de insumos (toallas, jabón) 3. Hacinamiento de pacientes en el servicio 4. Falta de mantenimiento preventivo y correctivo de mobiliario y equipo 5. Inoportunidad en la atención..	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma importante las metas presupuestales y financieras 2. Lesiones o enfermedades que causan discapacidad. 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.	5	4	20	1. Socialización de las Guías y protocolos 2. Operativización del Progama Paciente Seguro. 3. Fichas de notificación de evento adverso	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	3	4	12	EVITAR EL RIESGO	1. Realizar seguimiento al plan de mantenimiento anual.	PE. Area salud - UF de Urgencias	mensual	1	Actas de mantenimiento realizada y verificada por el coordinador del servicio / Numero de visitas de mantenimiento programado		
																				2. Realizar auditoria concurrente en el servicio con el fin de intervenir las estancias prolongadas.	PE. Area salud - UF de Urgencias	mensual	12	Informe de auditoria concurrente		
																				3. Actualizar las guías y protocolos medicos de atención propias en la atención del servicio de urgencias.	PE. Area salud - UF de Urgencias	31/12/2016	1	Protocolos y guías de manejo documentados / Total de documentos de obligatorio cumplimiento Res 2003		

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO			
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPOSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
																				4. Hacer seguimiento al plan de compras institucional de tal manera que se garanticen los insumos necesarios durante el proceso de atención.	PE. Area salud - UF de Urgencias	mensual	6	Informes mensuales de seguimiento y ejecución		
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	SU03	Falta continuidad e integralidad en la prestación del servicio durante el proceso de atención en urgencias	1. No se tiene contratación con todas las EPS. 2. No se cuenta con todas las ayudas diagnósticas que se requieren para garantizar la continuidad en la atención. 3. No se autoriza la continuidad del manejo por parte de la EPS a la cual está adscrita el usuario. 4. No se cuenta con la especialidad requerida por el usuario. 5. Cambios en el portafolio de servicios	1. Imagen institucional afectada en el orden regional por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. 2. Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad. 3. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. 4. Investigaciones penales, fiscales o disciplinarias que no conducen a sanción.	5	5	25	1. Procedimiento de referencia de pacientes. 2. Contratación vigente 3. Registro de habilitación. 4. Circulares externas sobre novedades del servicio	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	3	5	15	EVITAR EL RIESGO	1. Socializar con el área de gestión comercial, las dificultades que se presentan con las diferentes EPS durante la atención en el servicio de urgencias.	PE. Area salud - UF de Urgencias	mensual	1	Comunicación emitidas al área de Gestión Comercial y de Cartera		
																				2. Informar mediante correo electrónico a la Supersalud después de 48 horas de iniciado el trámite de ayuda diagnóstica, que el hospital no realiza o de la necesidad de ubicar el usuario en una IPS de mayor complejidad, la no oportunidad de respuesta a estas necesidades del usuario por parte de las EPS.	PE. Area salud - UF de Urgencias	mensual	1	Total de correos enviados a Supersalud / Total de casos presentados por ayudas diagnósticas sin resolver		

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO			
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPONSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	SU04	Ingreso al servicio usuarios que por la complejidad de su patología o por la capacidad instalada del servicio de urgencias no es posible atender.	1. La falta de Red por parte de las EPS para garantizar la prestación del servicio. 2. El no funcionamiento de la Red que facilita el envío de pacientes en el famoso código primario	1. Pérdidas de vidas humanas 2. Imagen institucional afectada en el orden nacional por incumplimientos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. 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.	5	5	25	1 La contratación vigente. 2. Comunicación permanente con el Centro Regulador del Tolima. 3. Procedimiento de referencia de pacientes.	PREVENTIVO	1	1	1	1	0	60%	4	5	20	EVITAR EL RIESGO	1. Tramitar ante el CRUET, Supersalud y Procuraduría los casos enviados en código primario por las diferentes IPS.	PE. Area salud - UF de Urgencias	mensual	1	Total de correos enviados a Supersalud / Total de códigos primarios ingresados		
																				2. Gestionar a través de gestión comercial que las EPS entreguen al centro de referencia del hospital la RED de prestadores con los que tienen contratos.	PE. Area salud - UF de Urgencias	30/09/2016	1	solicitud realizada		
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	SU05	Trato deshumanizado de pacientes y/o familiar por parte del personal que labora en urgencias	1. Sobrecarga laboral. 2. Recurso humano insuficiente para la demanda del servicio. 3. Inadecuado uso de celular y de equipos de entretenimiento durante el turno.	1. Imagen institucional afectada en el orden nacional por incumplimientos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. 2.Reclamaciones o quejas de los usuarios que implican investigaciones internas disciplinarias.	4	4	16	1. Aplicación de encuestas de satisfacción y buzón de quejas y reclamos 2. Manual de funciones 3. Código de ética	PREVENTIVO	1	1	1	1	0	60%	3	4	12	EVITAR EL RIESGO	1. Organizar capacitaciones de humanización en la atención.	PE. Area salud - UF de Urgencias	mensual	6	Capacitaciones realizadas		
																				2. Desarrollar acciones de mejoramiento derivados de las quejas e insatisfacciones de los usuarios por maltrato con la o las personas involucladas.	PE. Area salud - UF de Urgencias	31/12/2016	1	Total de acciones de mejora realizadas / Total de insatisfacciones generadas por la falta de humanización en el servicio		
																				3. Desarrollar estrategias que faciliten la interiorización del código de ética.	PE. Area salud - UF de Urgencias	mensual	6	Capacitaciones realizadas		

IDENTIFICACION			ANALISIS				VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO				
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPOSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	SU06C	Pérdida de insumos, equipo medico y material medico quirurgico.	1. Falta de sitio seguro para almacenar las pertenencias del usuario interno 2. Falta de ayudas tecnologicas para la vigilancia del servicio 3. Escecez de punto de vigilancia.	1. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 2. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma importante las metas presupuestales y financieras. 3. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	4	4	16	1. Libros de control de inventarios 2. Camaras de vigilancia	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	2	4	8	EVITAR EL RIESGO	1. Documentar las politicas operacionales del servicios de urgencia en donde se establezca la identificación del cliente interno y externo	PE. Area salud - UF de Urgencias	31/12/2016	1	Politica documentada		
																				2. Capacitar al personal en la cultura de valores y principios institucionales	PE. Area salud - UF de Urgencias	mensual	6	Capacitaciones realizadas		
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, INFECCIONES Y ESTADÍSTICA	VE01	Inoportunidad en la identificación, análisis y gestión de los eventos y la información	1. Falta de historia clinica electrónica. 2. Talento humano insuficiente para la cobertura por contingencias de ausencia de personal en el servicio para la vigilancia activa. 3. Falta de adherencia a los protocolos y guias de atención 4. Formatos no estandarizado de recoleccion de información estadística.	1. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 2. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de manera importante el cumplimiento en las metas de gobierno (no presupuestales). 3. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. 4. Contaminación de espacios internos 5. Investigaciones penales, fiscales o disciplinarias que no conducen a sanción 6. Lesiones o enfermedad que causan incapacidad menor de 30 días y mayor a 7 días	5	4	20	1. Lista de verificación de los Protocolos y guias de atención. 2. Reporte de revisión de la Historia clinica de paciente egresado. 3. Reporte de busqueda activa institucional (BAI)	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	3	4	12	EVITAR EL RIESGO	1. Documentar procedimiento y/o instructivo de la información estadística.	Tecnico Administrativo (Estadística)	31/12/2016	1	Procedimiento y/o instructivo documentado y aprbado		
																				2. Participar de las capacitaciones de las guias y protocolos programadas	P.U de los respectivos programas	31/12/2016	1	Total Capacitaciones asistidas / Total de capacitaciones programadas		
																				3. Definir y socializar cronograma de reporte de entrega de información estadística.	Tecnico Administrativo (Estadística)	31/07/2016	1	Cronograma definido y socializado		
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, INFECCIONES Y ESTADÍSTICA	VE02C	Uso inadecuado de la información del área.	1. Deficiencia en los controles establecidos en la custodia de la información. 2. Falta de adherencia a los procedimientos establecido para el área. 3. Incumplimiento al codigo de etica. 4. Formatos no estandarizado de recoleccion de información estadística.	1. Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una demanda de largo alcance para la entidad. 2. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. 3. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador.	3	4	12	1. Gestion documental. 2. Acta de socializacion y seguimiento al codigo de Etica.	PREVENTIVO	1	1	1	1	0	60%	2	4	8	EVITAR EL RIESGO	1. Ajustar acorde a la normativa vigente el cumplimiento de la gestion documental.	P.U lider del proceso	31/12/2016	1	Formato de chequeo del cumplimiento de la norma de gestión documental		
																				2. Establecer el procedimiento y/o instructivo para la información estadística.	Tecnico Administrativo (Estadística)	31/12/2016	1	Procedimiento y/o instructivo documentado y aprbado		

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO			
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPONSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, INFECCIONES Y ESTADÍSTICA	VE03	Información generada no conforme con los criterios de calidad	1. Sistema de información inadecuado. 2. Falta de adherencia a los instructivos establecidos para el área. 3. Falta de controles de verificación de captura, registro y consolidación de la información. 4. Registro y consolidación de la información de forma manual. 5. Incumplimiento al código de ética	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de manera importante el cumplimiento en las metas de gobierno (no presupuestales). 2. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	5	3	15	1. Instructivos y registros 2. Acta de socialización y seguimiento al código de Ética. 3. Control de calidad del dato de vigilancia epidemiológica.	PREVENTIVO	0	1	1	0	0	20%	5	3	15	EVITAR EL RIESGO	1. Adoptar los criterios de las infecciones asociadas a la atención en salud y del SIVIGILA	P.U líder del proceso	31/12/2016	2	Actos Administrativo de adopción		
																				2. Medición de adherencia de los protocolos de vigilancia epidemiológica e infecciones	P.U líder del proceso	mensual	6	Aplicación de la lista de chequeo		
																				3. Establecer el procedimiento y/o instructivo para la información estadística.	Tecnico Administrativo (Estadística)	31/12/2016	1	Procedimiento y/o instructivo documentado y aprobado		
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, INFECCIONES Y ESTADÍSTICA	VE04	Incumplimiento a las acciones de control y prevención de los eventos de salud pública.	1. Subregistro de información 2. Falta de análisis del evento, formulación y socialización del plan de mejoramiento. 3. Falta de seguimiento a los planes de mejoramiento. 4. Discontinuidad en el suministro de insumos. 5. Falta del talento humano y frecuente rotación del mismo. 6. Falta de gestión y apoyo administrativo para el cumplimiento de las acciones.	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras. 2. Pérdidas de vidas humanas 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.	5	5	25	1. Planes de mejoramiento establecidos. 2. Protocolos de vigilancia. 3. Búsquedas activas institucional de los eventos. 4. Lista de chequeo de las acciones preventivas.	PREVENTIVO	1	1	1	1	0	60%	4	5	20	EVITAR EL RIESGO	1. Documentar el instructivo de búsqueda activa de los eventos sivilgia	Enfermera - Vigilancia Epidemiologica	31/08/2016	1	Instructivo documentado y aprobado		
																				2. Generar requerimiento por incumplimiento de acciones al responsable del área.	Enfermera - Vigilancia Epidemiologica	31/12/2016	1	Reportes realizados por incumplimiento de acciones / total de Incumplimiento de acciones		
																				3. Concertar planes de mejora con base en los análisis de los eventos sivilgia.	Enfermera - Vigilancia Epidemiologica	31/12/2016	1	Planes de mejora concertados / Total de eventos analizados que requirieron plan de mejoramiento		

IDENTIFICACION			ANALISIS				VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO				
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPOSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
																				4. Reportar al comite de vigilancia epidemiologica el resultado de las acciones no cumplidas.	Enfermera - Vigilancia Epidemiologica	31/12/2016	6	Actas de reunión		
DOCENCIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	ID03	Trato deshumanizado en el servicio.	1. Falta de sensibilización del personal en el buen trato hacia el usuario y su familia. 2. Uso indebido de los celulares durante el tiempo de trabajo.	1. Reclamaciones o quejas de los usuarios que implican investigaciones internas disciplinarias. 2. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 3. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de manera importante el cumplimiento en las metas de gobierno (no presupuestales).	5	3	15	1. Reglamento de residente, internos, estudiante y docentes. 2. Cursos de inducción y capacitación.	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	3	3	9		1. Ajustar los reglamentos existentes	Jefe Docencia, Investigaciones e Innovación	30/11/2016	1	Reglamento externo ajustado		
																				2. Realizar charla para la capacitacion en humanizaciona los internos.	Jefe Docencia, Investigaciones e Innovación	30/11/2016	1	Reunion Realizada		
DOCENCIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	ID04	No Implementación de la política Institucional de innovación genera un atraso de la adquisición de competencias en el talento humano.	1. Falta de recursos económicos 2. Falta de convenios con las Instituciones Educativas 3. Falta tecnología para el desarrollo de las prácticas formativas. 4. Falta de compromiso del talento humano de la institución con el proceso de capacitación.	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando el cumplimiento en las metas de gobierno. 2. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. 3. Reclamaciones o quejas de los usuarios que implican investigaciones internas disciplinarias.	5	4	20	1. Plan de desarrollo Institucional adoptando la directriz de innovación 2. Convenios con los centros educativos	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	3	4	12	EVITAR EL RIESGO	1. Gestionar a solicitud de la oficina de recursos humanos el apoyo en el plan de capacitación institucional a traves de los convenios de docencia servicios	Jefe Docencia, Investigaciones e Innovación	31/12/2016	1	No de gestiones realizadas / solicitudes de gestion por la oficina de recurso humano		
																				2. Conformar el grupo de innovación Institucional	Jefe Docencia, Investigaciones e Innovación	31/12/2016	1	Grupo de Innovacion conformado		
																				3. Definir las políticas de innovación	Jefe Docencia, Investigaciones e Innovación	31/12/2016	1	Políticas de Innovacion definidas		

IDENTIFICACION			ANALISIS				VALORACION										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO					
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPONSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPLETADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES	
PRESTACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE APOYO A LA ATENCIÓN	SA01	Inoportunidad en la prestación del servicio ambulatorio y de apoyo a la atención	1. Ausencia de la historia clínica en el momento de la atención. 2. Incumplimiento en el horario del talento humano asignado al servicio 3. Disponibilidad de Talento humano insuficiente para la cobertura por contingencias de ausencia de personal en el servicio. 4. Discontinuidad en el suministro de medicamentos, reactivos, insumos y dispositivos médicos 5. Insuficiencia de sangre y hemocomponentes. 6. Aumento de demanda imprevista. 7. Tiempos prolongados en la toma, transporte, procesamiento y reporte de las ayudas diagnósticas internas y/o externas. 8. Daños en los equipos e infraestructura.	1. Pérdidas de vidas humanas 2. Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad. 3. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de manera importante el cumplimiento en las metas de gobierno (no presupuestales). 4. Imagen institucional afectada en el orden regional por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. 5. Inoportunidad en la información ocasionando retrasos en la atención a los usuarios.	1	5	5	1. Manuales, guías y protocolos 2. Plan anual de compras 2. Verificación de faltantes de insumos y dispositivos médicos mediante lista de chequeo 3. Campañas de donación voluntaria de sangre 4. Registro sistematizados de los resultados de las ayudas diagnósticas. 5. sistematización de la información.	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	1	100%	1	5	5	EVITAR EL RIESGO	1. Seguimiento a la entrega de Historias Clínicas con oportunidad al servicio	Coordinadores Servicio Ambulotrio y de Apoyo a la Atención	mensual	1	Informe de seguimiento de oportunidad de Historias Clínicas entregadas a los servicios		
																					2. Seguimiento y aplicación de medidas correctivas para el cumplimiento de los horarios o agendas del personal medico.	Coordinadores Servicio Ambulotrio y de Apoyo a la Atención	mensual	600%	Informe mensual del seguimiento de cumplimiento de los horarios registrados en los RIPS		
																							31/12/2016	100%	Planes de mejora suscritos en los casos que se presente inoportunidad reiterada		
																					3. Ejecución y seguimiento al plan de compras de la vigencia	Coordinadores Servicio Ambulotrio y de Apoyo a la Atención	mensual	600%	Informes mensuales de seguimiento y ejecución		
																					4. Trazabilidad a la oportunidad en la toma de ayudas diagnosticas requeridas por los servicios del Hospital.	Coordinadores Servicio Ambulotrio y de Apoyo a la Atención	mensual	600%	Informe de trazabilidad de la ejecución del cumplimiento de los requerimientos de ayudas diagnosticas realizadas por los diferentes servicios del hospital.		
																					5. Seguimiento a la ejecución del plan de mantenimiento preventivo.	Coordinadores Servicio Ambulotrio y de Apoyo a la Atención	30/06/2016	100%	Solicitud del Plan de Mantenimiento		
		mensual	600%	Informe de seguimiento del plan de mantenimiento																							

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO				
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPONSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES	
PRESTACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE APOYO A LA ATENCIÓN	SA02	Ocurrencia de eventos adversos y centinela	1. Falta de adherencia a los protocolos y guías. 2. Discontinuidad en el suministro de medicamentos, insumos, reactivos y dispositivos médicos. 3. Mobiliario y equipo biomédico en condiciones físicas y técnicas no adecuadas. 4. Adecuaciones físicas sin cumplimiento de los requisitos de habilitación.	1. Pérdidas de vidas humanas 2. Lesiones o enfermedades que causan discapacidad. 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. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de manera importante el cumplimiento en las metas de gobierno (no presupuestales). 5. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	4	5	20	1. Guías y protocolos del servicio 2. Auditoría interna y externa 3. Visitas de vigilancia, inspección y control 4. Plan de mantenimiento anual 5. Reporte de fallas técnica de Insumos y dispositivos médicos. 6. Plan de capacitación 7. Programa seguridad del paciente 8. Reuniones de calidad	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	1	100%	2	5	10	EVITAR EL RIESGO	1. Medición de adherencia de las guías y protocolos de manejo de la institución	Coordinadores de los servicios ambulatorios y de apoyo a la atención	31/12/2016	100%	Listas de chequeo aplicadas al personal del servicio / Total de guías y protocolos de manejo aprobadas		
																					3. Verificación de cumplimiento del plan de mantenimiento para el servicio ambulatorio.	Coordinadores de los servicios ambulatorios y de apoyo a la atención	mensual	100%	Actas de mantenimiento realizada y verificada por el coordinador del servicio / Numero de visitas de mantenimiento programado		
																					4. Seguimiento al cumplimiento al plan de compras.	Coordinadores de los servicios ambulatorios y de apoyo a la atención	mensual	600%	Informes mensuales de seguimiento y ejecución		
																					5. Seguimiento a las peticiones, quejas, reclamos y solicitudes de los usuarios en los terminos establecidos.	Coordinadores de los servicios ambulatorios y de apoyo a la atención	mensual	100%	Total de de PQRS tramitadas / total de PQRS recepcionadas		
PRESTACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE APOYO A LA ATENCIÓN	SA03	Incumplimiento de la normatividad vigente en la prestación del servicio con base en los estándares de habilitación.	1. Falta de adherencia a los protocolos y guías. 2. Desconocimiento de la normatividad vigente. 3. Incumplimiento del plan de capacitación en los temas asociados al servicio. 4. Instalaciones físicas sin cumplimiento de los requisitos 5. Falta de mantenimiento preventivo de los equipos. 6. Deficiencia de la tecnología adecuada.	1. Interrupción de las operaciones de la Entidad por más de cinco (5) días. 2. Pérdida de Información crítica para la entidad que no se puede recuperar. 3. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras. 4. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 5. Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una	3	4	12	1. Autoevaluación de los estándares de habilitación. 2. Plan de mantenimiento anual 3. Seguimiento a las peticiones, quejas, reclamos y solicitudes de los usuarios en los terminos establecidos	PREVENTIVO	1	1	1	1	0	60%	2	4	8	EVITAR EL RIESGO	1. Medición de adherencia de las guías y protocolos de manejo de la institución	Coordinadores de los servicios ambulatorios y de apoyo a la atención	31/12/2016	100%	Listas de chequeo aplicadas al personal del servicio / Total de guías y protocolos de manejo aprobadas			
																				2. Verificación de cumplimiento del plan de mantenimiento para el servicio ambulatorio.	Coordinadores de los servicios ambulatorios y de apoyo a la atención	mensual	100%	Actas de mantenimiento realizada y verificada por el coordinador del servicio / Numero de visitas de mantenimiento programado			

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO			
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPONSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCIÓN	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
				regulares o una demanda de largo alcance para la entidad.																		mensual	100%	Total de de PQRS tramitadas / total de PQRS recepcionadas		
																						31/12/2016	100%	Total de conceptos tramitados / equipos con su vida útil cumplida		
																						Semestral	200%	Informes realizados de seguimiento del plan de mejoramiento		
PRESTACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE APOYO A LA ATENCIÓN	SA04	Trato deshumanizado en el servicio.	1. Falta de sensibilización del personal en el buen trato hacia el paciente 2. Uso indebido de los celulares durante el tiempo de trabajo. 3. Talento humano insuficiente para la cobertura por contingencias de ausencia de personal en el servicio. 4. Ausencia de pruebas sicotécnicas para la vinculación del personal. 5. Falta de herramienta para la evaluación de desempeño del personal vinculado por modalidad diferente al de planta.	1. Reclamaciones o quejas de los usuarios que implican investigaciones internas disciplinarias. 2. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 3. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de manera importante el cumplimiento en las metas de gobierno (no presupuestales). 4. Inoportunidad en la información ocasionando retrasos en la atención a los usuarios.	4	4	16	1. Capacitaciones en humanización del servicio. 2. Anecdotario de evidencias o actas de compromisos.	PREVENTIVO	1	1	1	1	0	60%	3	4	12	EVITAR EL RIESGO	1. Implementar la política interna de humanización del servicio	Coordinadores de los servicios ambulatorios y de apoyo a la atención	31/12/2016	100%	Actas de socialización de la política de humanización al personal del servicio		
																						31/07/2016	100%	Actas de reunión con el personal del servicio informando el uso de celular y demas equipos		
																						31/07/2016	100%	Anecdotarios creados / Total de oficinas del servicio ambulatorio y de apoyo a la atención		
PRESTACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE APOYO A LA ATENCIÓN	SA05C	Prestación de servicios no facturados y/o glosados	1. Trafico de influencias 2. Utilización no controlada de las ordenes médicas. 3. Falta de	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras	4	4	16	1. Verificación de los requisitos para la prestación del servicio. 2. Plan de	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	2	4	8	EVITAR EL RIESGO	1. Auditorias al proceso de atención.	Coordinadores de los servicios ambulatorios y de apoyo a la atención	mensual	600%	Informes de auditoria interna realizada a los servicios		

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO			
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPOSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPLETADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCIÓN DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCIÓN	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
			5. Falta de adherencia al procedimiento de atención. 4. Sistema de información no adecuado. 5. Suplantación en la facturación de los servicios	financieras. 2. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador.																2. Implementación del anecdotario de evidencias.	Coordinadores de los servicios ambulatorios y de apoyo a la atención	31/05/2016	100%	Anecdotalarios creados / Total de oficinas del servicio ambulatorio y de apoyo a la atención		
																				3. Reporte de hallazgos a la oficina de control disciplinario	Coordinadores de los servicios ambulatorios y de apoyo a la atención	31/12/2016	100%	Total de reportes tramitados a la oficina de control interno disciplinario / Total de hallazgos encontrados		
																				4. Talleres de sensibilización al personal.	Coordinadores de los servicios ambulatorios y de apoyo a la atención	31/12/2016	100%	Reuniones realizadas / Total de oficinas del servicio ambulatorio y de apoyo a la atención		
PRESTACIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE APOYO A LA ATENCIÓN	SA06C	Perdida de insumos, reactivos y/o dispositivos médicos.	1. Manejo inadecuado del control de inventarios en los servicios. 2. Falta de seguimiento a las fechas de vencimiento 3. Inadecuado almacenamiento y custodia de los insumos, reactivos y/o dispositivos 4. Falta de adherencia del talento humano a los principios y valores institucionales.	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras. 2. Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por actos o hechos de corrupción comprobados. 3. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador.	2	5	10	1. Control de inventarios y manejo de kardex 2. Listas de chequeo 3. Acta de compromiso de principios y valores	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	1	5	5	EVITAR EL RIESGO	1. Socializar el código de ética, principios y valores	Coordinadores de los servicios ambulatorios y de apoyo a la atención	31/12/2016	100%	Reuniones realizadas / Total de oficinas del servicio ambulatorio y de apoyo a la atención		
																				2. Realizar auditorías internas a los inventarios de los servicios de la unidad	Coordinadores de los servicios ambulatorios y de apoyo a la atención	mensual	600%	auditorías internas realizadas		
ATENCIÓN AL USUARIO Y TRABAJO SOCIAL	AU01C	No gestionar las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias dentro de los términos de ley	1. Inoportunidad por parte del área involucrada en la respuesta de las PQRS 2. Cese de actividades por factores externos. 3. No direccionar las PQRS al área involucrada 4. Información incompleta por parte	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. Reclamaciones o quejas de los usuarios que implican investigaciones internas disciplinarias.	5	2	10	1. Cuadro relación y seguimiento de las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias 2. Cuadro control de términos de respuesta 3. Soporte físico de la gestión de la PQRS 4. Informe mensual PQRS	PREVENTIVO	1	1	1	1	0	60%	4	2	8	EVITAR EL RIESGO	1. Reiterar mediante oficio a cada líder de los servicios con quejas, los compromisos y términos de días para la contestación oportuna de las PQRS.	Coordinador oficina Atención al Usuario y Trabajo Social	mensual	1	Total de oficios remitidos a los servicios / Total de quejas recibidas		

IDENTIFICACION			ANALISIS				VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO				
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPONSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCIÓN DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCIÓN	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
			Incompleto por parte del usuario. 5. Intención del responsable de desviar u ocultar información.																	2. Socializar los terminos de respuesta en comité directivo de las PQRS no tramitadas	Coordinador oficina Atención al Usuario y Trabajo Social	mensual	7	Informes presentados en comité directivo		
ATENCIÓN AL USUARIO Y TRABAJO SOCUAL	AU03	No realización de la interconsulta de trabajo social	1. No se haga oportunamente la solicitud de interconsulta por parte del medico tratante. 2. No se comunique oportunamente la necesidad de la interconsulta a trabajo social 3. Que el usuario se niegue o tenga algun tipo de incapacidad que limite dar la información.	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma importante las metas presupuestales y financieras 2. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de manera importante el cumplimiento en las metas de gobierno (no presupuestales).	5	4	20	1. SI-FR-014 Formato de Registro, solicitud y respuesta de interconsultas.	PREVENTIVO	1	1	1	0	0	30%	5	4	20	EVITAR EL RIESGO	1. Elaborar el instructivo de interconsulta de trabajo social y su Formato	Coordinador oficina Atención al Usuario y Trabajo Social	30/08/2016	1	Instructivo elaborado		
																			2. Diligenciamiento de formato de actividades de trabajo social.	Coordinador oficina Atención al Usuario y Trabajo Social	mensual	5	Informe reporte de actividades de trabajo social			
ATENCIÓN AL USUARIO Y TRABAJO SOCUAL	AU04	Desconocimiento por parte de los pacientes y familiares de los derechos y deberes de los usuarios	1. Rotacion y/o falta del personal necesario para el proceso. 2. Limitación de recursos para medios audiovisuales y de comunicación para la divulgación. 3. Desconocimiento de los Derechos y Deberes por parte de los funcionarios de la institución. 4. Que el usuario se niegue a recibir la información.	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de manera importante el cumplimiento en las metas de gobierno (no presupuestales). 2. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	5	3	15	1. Instructivo IN-AU-002, divulgación de derechos y deberes.	PREVENTIVO	1	1	1	1	0	60%	4	3	12	EVITAR EL RIESGO	1. Socialización del Instructivo de divulgación de derechos y deberes a los usuarios.	Coordinador oficina Atención al Usuario y Trabajo Social	31/07/2016	1	Acta de socialización del Instructivo de divulgación de derechos y deberes		
																			2. Capacitación de inducción y reintroducción al personal del hospital	Coordinador oficina Atención al Usuario y Trabajo Social	31/12/2016	1	Total de capacitaciones realizadas / total de capacitaciones programadas por RH			
																			3. Campañas de divulgación institucional a través de los diferentes medios de comunicación.	Coordinador oficina Atención al Usuario y Trabajo Social	31/12/2016	4	Camapañas de divulgación realizadas			
ATENCIÓN AL USUARIO Y TRABAJO SOCUAL	AU05	Trato deshumanizado en el servicio.	1. Falta de sensibilización del personal en el buen trato hacia el paciente 2. Uso indebido de los celulares durante el tiempo de trabajo. 3. Talento humano insuficiente para la cobertura por contingencias de ausencia de personal en el servicio. 4. Ausencia de pruebas sicotécnicas para la vinculación del personal.	1. Reclamaciones o quejas de los usuarios que implican investigaciones internas disciplinarias. 2. Sanción por parte de control u otro ente regulador. 3. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de manera importante el cumplimiento en las metas de gobierno (no presupuestales). 4. Inoportunidad en la información	3	4	12	1. Capacitaciones en humanización del servicio. 2. Actas de compromiso	PREVENTIVO	0	1	0	1	0	40%	3	4	12	EVITAR EL RIESGO	1. Elaborar y socializar el programa de humanización a los usuarios y grupos de interes.	Coordinador oficina Atención al Usuario y Trabajo Social	30/06/2016	1	Programa de humanización elaborado		

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO			
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPONSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCIÓN DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCIÓN	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
			5. Falta del programa de humanización que defina estrategias en la atención al cliente interno y externo	ocasionando retrasos en la atención a los usuarios.																2. Socializar comunicado de regulación del uso de dispositivos electrónicos.	Coordinador oficina Atención al Usuario y Trabajo Social	30/06/2016	1	Acta de socialización		
ATENCIÓN AL USUARIO Y TRABAJO SOCIAL	AU06C	Falta de objetividad en el estudio socioeconómico del usuario diligenciado por trabajo social	1. Información incorrecta suministrada por el usuario 2. Información incorrecta por interés particular del funcionario. 3. Inoportunidad en la respuesta de las instituciones en la verificación de la información de los usuarios. 4. Inoportunidad en la respuesta de la interconsulta.	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma importante las metas presupuestales y financieras. 2. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	5	3	15	1. Formato de estudio socio económico 2. Interconsulta por trabajo social. 3. Verificación del usuario en las bases de datos. 4. validación de la información del usuario con instituciones afines.	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	3	3	9	EVITAR EL RIESGO	1. Instructivo elaboración estudio socioeconómico del usuario.	Coordinador oficina Atención al Usuario y Trabajo Social	31/08/2016	1	Instructivo elaborado		
																				2. Optimizar los canales de comunicación con las instituciones que permita obtener información veraz y oportuna.	Coordinador oficina Atención al Usuario y Trabajo Social	30/09/2016	1	Comunicados realizados / Total de EPS con convenios vigentes		
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GA01	Inoportunidad en la gestión de los recursos para garantizar la adecuada prestación de los servicios	1. Falta de medición de adherencia de los procedimientos establecidos en las diferentes áreas del proceso aditivo. 2. Plan anual de compras limitado por presupuesto 3. Talento humano insuficiente y/o sin las competencias necesarias para el desarrollo de algunos procedimientos 4. Carencia de un sistema de gestión documental. 5. No contar con una base de datos de proveedores de bienes y servicios actualizada. 6. Baja participación de los proveedores en el proceso de suministro de bienes y servicios. 7. Proyección no ajustada de las necesidades de recurso humano de	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras. 2. Pérdidas de vidas humanas 3. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 4. Pérdida de información crítica que puede ser recuperada de forma parcial o incompleta. 5. Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad. 6. Inoportunidad en la información ocasionando retrasos en la atención a los usuarios. 7. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. 8. Lesiones o	4	5	20	1. Procedimientos e instructivos documentados 2. Plan anual de adquisiciones 3. Presupuesto anual de la entidad 4. Inventario anual de insumos y de activos. 5. Estatuto de contratación 6. Plan anual de mantenimiento 7. Manual del sistema de gestión y seguridad y salud en el trabajo. 8. Manual de funciones 9. Plan de gestión de residuos hospitalarios y similares. 10. Pólizas de Seguros 11. Comité de gestión ambiental 12. Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo 13. Comité administrativo. 14. Comité de	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	2	5	10	EVITAR EL RIESGO	1. Elaborar todos los procedimientos de las diferentes áreas que conforman el proceso de Gestión administrativa.	Todos	31/12/2016	1	Total de procedimientos elaborados / Total de procedimientos de las áreas de gestión activa		
																				2. Crear el programa de gestión documental.	Técnico de Gestión Documental	31/12/2016	1	Programa de Gestión Documental Creado		
																				3. Actualizar periódicamente la base de datos de proveedores.	P.E Compras	Permanente	1	Total de ajustes en el software / Total de datos de proveedores actualizados en excel		
																				4. Establecer encuestas de satisfacción a los proveedores para mejorar los canales de comunicación.	P.E Compras	30/09/2016	1	Encuesta de satisfacción establecida		

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN								MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO					
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPOSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
			acuerdo a los requerimientos de los servicios. 8. Falta de coherencia entre las funciones del talento humano con respecto al cargo y nivel establecidos. 9. Falta de documentación necesaria para la elaboración de proyectos de infraestructura o y/o recuperación de las áreas. 10. Falta de control en la ejecución del plan de visita de infraestructura de las areas de la Institución 11. No ejecución de los planes de reposición de equipos que cumplieron su vida util. 12. Insuficiencia de los insumos requeridos segun plan anual de adquisiciones. 13. Demora en los procesos de contratación de adquisición de bienes y servicios. 14. Inconsistencias en la generación de la nomina. 15. Demora del funcionamiento	enfermedades que causan incapacidad mayor o igual a 30 días 9. Contaminación dentro de los límites permitidos por la ley				compras. 15. Comite de tecnovigilancia y farmacovigilancia. 16. Plan anual de Capacitación 17. Plan de reposición de equipos 18. Plan Operativo Anual												5. Actualizar inventario de planos de infraestructura de la Institución (catastro hospitalario).	Ingeniero Infraestructura	31/07/2016	1	Inventario actualizado		
																				6. Socializar el Plan de mantenimiento anual.	P.U Ingeniera Biomédica	30/06/2016	1	Plan de mantenimiento socializado		
																				7. Elaborar el plan de reposición de equipos	P.U Ingeniera Biomédica	31/07/2016	1	Plan de reposición de equipos elaborado		
																				8. Solicitar la implementación de software para establecer control de los activos fijos.	P.U - Administración de Inventarios y Almacén	31/08/2016	1	Solicitud realizada		
																				9. Realizar inventarios aleatorios de elementos de consumos conforme a los indicadores de rotación y de consumo.	P.U - Administración de Inventarios y Almacén	31/08/2016	1	Inventario aleatorio de elementos de consumo realizado		
																				10. Conciliar mensualmente la informacion de inventarios con el modulo de contabilidad y dentro de los tiempos establecidos.	P.U - Administración de Inventarios y Almacén	Mensual	6	Conciliaciones realizadas		
																				11. Socialización del código de ética	Todos	30/08/2016	1	Total Areas Socializadas / Total Areas de gestión activa		

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO			
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPOSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
																				12. Implementación de la HC electrónica	P.U - Tecnología de la Información	30/08/2016	1	Total de actividades programadas / Total de actividades propuestas s/cronograma		
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GA02	Falta de continuidad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios	1. Dependencia del proveedores externos para la solución de los requerimientos o incidentes del software, hardware, redes y demas componentes del sistema integral de información, reportados por los lideres de las aplicaciones en producción. 2. Agotamiento de los recursos presuestales 3. Inoportunidad en el pago a los proveedores 4. Proyección presupuestal insuficiente o sobreestimada en los costos del talento humano. 5. Inadecuada ejecución de los procedimientos de convocatoria, selección y vinculación del recurso humano. 6. Recursos insuficientes para la implementación del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo. 7. Incumplimiento del objeto contractual por parte del contratista ante factores externos al mismo. 8. Desfase en el presupuesto frente a los factores externos, como la fluctuacion en el cambio de la	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupestales y financieras. 2. Pérdida de información crítica que puede ser recuperada de forma parcial o incompleta. 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. Inoportunidad en la información ocasionando retrasos en la atención a los usuarios. 5. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. 6. Lesiones o enfermedades que causan incapacidad mayor o igual a 30 días	4	5	20	1. Procedimientos e instructivos documentados 2. Presupuesto para la vigencia 3. Programación de pagos 4. Indicadores de seguimiento en los costos del talento humano 5. Plan anual en seguridad y salud en el trabajo. 6. Estatuto de contratación. 7. Plan Operativo Anual 8. Planes de conteingencia de sistemas de información 9. Manuel de funciones 10. Plan de cargos institucional 11. Informes de supervisoría 12. Contratos vigentes.	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	2	5	10	EVITAR EL RIESGO	1. Elaborar procedimiento para la adquisición de bienes y servicios (compras)	P.E Compras	31/07/2016	1	Procedimeinto elaborado		
																			2. Diseñar el PSR y PCB (Plan de recuperación del sistema y Plan de continuidad del negocio) en el area de tecnología de información	P.U - Tecnología de la Información	30/11/2016	1	PSR y PCB diseñado			

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN								MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO						
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPOSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES	
			<div data-bbox="604 292 752 1136"> <p>divisa.</p> <p>9. No legalización de los contratos por parte del proponente seleccionado en el procedimiento precontractual.</p> <p>10. Desconocimiento de la producción real de los factores que afectan la gestión ambiental por mala clasificación de los residuos hospitalarios.</p> <p>11. Falta de documentación necesaria para la elaboración de proyectos de infraestructura y/o recuperación de las áreas.</p> <p>12. Falta de control en la ejecución del plan de visita de infraestructura de las áreas de la Institución</p> <p>13. Falta de control adecuado de inventarios de bienes devolutivos y de consumo.</p> <p>14. Desconocimiento de planes de contingencia de los contratistas externos para garantizar continuidad de los servicios</p> <p>15. Cese de actividades por factores externos tales como paros sindicales, entre otros.</p> </div>																		3. Solicitar y gestionar capacitación dirigida al personal asistencial y administrativo en la clasificación y disposición de los residuos hospitalarios.	P.U Gestión Ambiental y apoyo logistico	31/07/2016	1	solicitud realizada		
																			4. Realizar inventarios aleatorios de elementos de consumos.	P.U - Administración de Inventarios y Almacen	31/08/2016	1	Inventario aleatorio de elementos de consumo realizado				

IDENTIFICACION			ANALISIS				VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO					
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPONSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPLETADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES	
GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GA03C	Falta de seguridad en la gestión de los recursos para la adecuada prestación de los servicios	1. Falta de medición de la usabilidad de los recursos en términos de software y hardware (aplicación de producción, plataforma web y comunicaciones) 2. Inadecuado seguimiento a los contratos con los informes de supervoría y certificación de cumplimiento del objeto del contrato. 3. Infraestructura insuficiente para la conservación, preservación, custodia de los documentos. 4. No contar con un modulo implementado para el manejo de los activos. 5. Datos inconsistentes en el sistema de información de inventarios frente a contabilidad. 6. Inadecuado formulacion en los pliegos de condiciones en el tramite de adquisición de bienes y servicios. 7. Trafico de influencias para beneficiar a clientes internos o externos. 8. Ocurencia de siniestros (Robo, sabotaje, paros, entre otros) 9. Ocurrencia de fenómenos naturales 10. Infraestructura inadecuada de redes de datos y áreas físicas y no cumplimiento de la normativa vigente. 11. Documentación desactualizada de la infraestructura tecnológica. 12. Carencia de un sistema biométrico de identificación del usuario interno v	1. Interrupción de las operaciones de la Entidad por más de cinco (5) días. 2. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras. 3. Pérdidas de vidas humanas 4. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 5. Pérdida de información crítica que puede ser recuperada de forma parcial o incompleta. 6. Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad. 7. Inoportunidad en la información ocasionando retrasos en la atención a los usuarios. 8. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. 9. Lesiones o enfermedades que causan incapacidad mayor o igual a 30 días 10. Contaminación dentro de los límites permitidos por la ley	4	5	20	1. Procedimientos e instructivos documentados 2. Contratos vigentes de bienes y servicios. 3. Presupuesto anual de la entidad 4. Inventario anual de insumos y de activos. 5. Estatuto de contratación 6. Plan anual de mantenimiento 7. Manual del sistema de gestión y seguridad y salud en el trabajo. 8. Manual de funciones 9. Plan de gestión de residuos hospitalarios y similares. 10. Polizas de Seguros 11. Comité de gestión ambiental 12. Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo 13. Comité administrativo. 14. Comité de compras. 15. Comité de tecnovigilancia y farmacovigilancia. 16. Plan anual de Capacitación 17. Plan de reposición de equipos 18. Código de Etica	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	1	100%	2	5	10	EVITAR EL RIESGO	1. Gestionar la adquisición de un sistema de código de barras para control inventarios,	P.U - Administración de Inventarios y Almacen	31/08/2016	1	Solicitud realizada		
																					2. Gestionar la adecuación de la infraestructura de servidores y cableado para soportar el sistema de información.	P.U - Tecnología de la Información	31/07/2016	1	estudio previos y pliegos		
																					3. Diseñar el PSR y PCB (Plan de recuperación del sistema y Plan de continuidad del negocio) en el area de tecnología de información.	P.U - Tecnología de la Información	30/11/2016	1	PSR y PCB diseñado		
																					4. Solicitar adecuación de infraestructura para la organización del archivo físico.	Técnico de Gestion Documental	30/06/2016	1	Solicitud realizada		
																					1. Elaborar todos los procedimientos de sistemas de información.	P.U - Tecnología de la Información	31/07/2016	1	Procedimeinto elaborado		
																					6. Implementación de la HC electrónica	P.U - Tecnología de la Información	30/08/2016	1	Total de actividades programadas / Total de actividades propuestas/cronograma		

IDENTIFICACION			ANALISIS				VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO				
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPONSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
			externo para mejorar el control de ingreso a la Institución. 13. Carencia de un programa de gestión documental. 14. Inadecuado manejo de los residuos hospitalarios. 15. Falta de capacitación en el manejo de los equipos biomédicos al personal responsable.																	7. Actualización de PEGHIR	P.U Gestión Ambiental y apoyo logístico	31/07/2016	1	Actualización Realizada		
																				8. Gestionar capacitación con el proveedor del equipo biomédico al personal encargado de su operación.	P.U Ingeniería Biomédica	31/12/2016	1	Total de capacitaciones realizadas / Total de equipos biomédicos adquiridos en el 2016		
GESTIÓN FINANCIERA	GF01C	Inadecuada selección de la entidad financiera donde se depositan los recursos de la Institución.	1. Falta de política y procedimiento para la selección de la entidad financiera. 2. Portafolio con publicidad engañosa 3. Falta de objetividad en la selección de las propuestas	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras. 2. Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por actos o hechos de corrupción comprobados. 3. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 4. Inoportunidad en la información ocasionando retrasos en la atención a los usuarios.	1	5	5	1. Análisis del portafolio de servicios 2. Apertura de cuenta bancaria a cargo del ordenador del gasto	PREVENTIVO	0	1	1	1	1	90%	1	5	5	EVITAR EL RIESGO	1. Documentar el instructivo para el análisis del portafolio de servicios.	P.U Tesorería	30/08/2016	1	Instructivo Elaborado		
GESTIÓN FINANCIERA	GF02C	Manejo inadecuado de los recursos	1. Error en los soportes de la transacción 2. Error en la gestión de la operación por parte del talento humano de la institución	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras. 2. Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por actos o hechos de corrupción comprobados. 3. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 4. Inoportunidad en la información ocasionando retrasos en la atención a los usuarios.	1	5	5	1. Instructivo de auditoría de obligaciones. 2. Validación automática de los saldos de las obligaciones entre los módulos de tesorería	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	1	5	5	EVITAR EL RIESGO	1. Elaboración de instructivos para el manejo del efectivo	PU Tesorería	30/08/2016	1	Instructivos elaborados / Total Instructivos según listado maestro de documentos		

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO				
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPONSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPLETADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES	
			tesorería 3. Error en la plataforma virtual. 4. Fraude electrónico 5. Apropiación de los recursos por terceros y/o empleados a cargo de los mismos. 6. Influencia en el pago de las acreencias. 7. Custodia inadecuada de los títulos valores 8. Suplantación de firmas autorizadas para el movimiento del efectivo. 9. Falta de instructivo para el recaudo, custodia, consignación y contabilización de los recursos	afectada en el orden nacional o regional por actos o hechos de corrupción comprobados. 3. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 4. Inoportunidad en la información ocasionando retrasos en la atención a los usuarios. 5. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.				modulos de tesorería y presupuesto 3. Soporte permanente de la entidad bancaria para el manejo de plataforma virtual. 4. Dispositivo de seguridad con clave personalizada para las dos firmas autorizadas en el manejo de la plataforma virtual 5. Caja fuerte asignada en los puntos de recaudo y en la tesorería con responsable asignado 6. Pólizas de manejo para los funcionarios responsables del manejo del efectivo. 7. Plan de pagos elaborado por las subgerencias y el gerente de acuerdo a disponibilidad de recursos y acuerdo de pago. 8. Firmas autorizadas y registradas en el banco.																			
																				2. Elaborar e implementar control de solicitud de acompañamiento de seguridad para el traslado de los dineros.	PU Tesorería	31/07/2016	1	Control de solicitudes elaborado e implementado			
																				3. Elaborar e implementar control de solicitud de disponibilidad de vehículo institucional para el traslado de los dineros.	PU Tesorería	31/07/2016	1	Control de solicitudes elaborado e implementado			
																				4. Solicitud de instalación de cámaras de seguridad en los puntos de recaudo y sensores de movimiento en la tesorería en horas no laborales.	PU Tesorería	31/07/2016	1	Solicitud realizada			
GESTIÓN FINANCIERA	GF03	Generación de información financiera no razonable	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 normativa vigente por parte de los responsables del procesamiento de la información. 4. Apoyo tecnológico	1. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 2. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de manera importante el cumplimiento en las metas de gobierno (no presupuestales). 3. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	5	4	20	1. Circular de plazos para la entrega de información. 2. conciliaciones bancarias mensuales 3. Información procesada en línea 4. Conciliación permanente entre los módulos de gestión, cartera, tesorería, presupuesto, contabilidad y costos. 5. Validación de los informes remitidos	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	3	4	12	EVITAR EL RIESGO	1. Exigir permanente los plazos y calidad de la información.	PU Contador, Presupuesto y Costos	Trimestral	2	Reportes trimestrales de los no conformidades			

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN								MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO					
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPOSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
			inseguro e inadecuado 5. Información no procesada en línea. 6. Falta de conciliación permanente entre los módulos. 7. Falta de seguimiento y análisis de la información procesada. 8. Falta de auto control permanente a la información financiera generada.					contra soportes y registros en los módulos por parte del área contable y costos.												2. Participar en las capacitaciones programadas por el hospital en temas relacionados	PU costos, Cuentas por Pagar, Contabilidad, Tesorero Pagador, Presupuesto y Facturación y Auditoría	31/12/2016	1	Total capacitaciones realizadas/ total de capacitaciones programadas		
GESTIÓN FINANCIERA	GF04	Planeación presupuestal inadecuada	1. No aplicación de los principios presupuestales. 2. Desconocimiento de la normativa relacionada. 3. Proyecciones de ingresos y/o gastos con bases y parámetros inadecuados. 4. Desconocimiento de la plataforma estratégica.	1. Interrupción de las operaciones de la Entidad por más de cinco (5) días. 2. Intervención a la entidad por parte de la Superintendencia de Salud 3. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras. 4. Imagen institucional afectada en el orden nacional por incumplimientos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. 5. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	1	5	5	1. Requerimiento anual por cada responsable de área. 2. Proyección de ingresos de acuerdo a capacidad instalada y comportamiento de recaudo 3. Plan de desarrollo, plan de compras, plan de mantenimiento e incentivos laborales forman parte del presupuesto. 4. Definición y seguimiento del presupuesto en coordinación con las subgerencias, la gerencia y los responsables del área (Actas) 5. Instructivos y formatos documentados para la preparación del presupuesto	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	1	5	5	EVITAR EL RIESGO	1. Realizar informe trimestral se seguimiento a la ejecución de presupuesto	PU Presupuesto	31/12/2016	2	Informes realizados		

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO			
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPONSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPLETADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCIÓN DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCIÓN	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
GESTIÓN FINANCIERA	GF05	Ejecución presupuestal errada	1. Soportes inadecuados para la solicitud de CDP y RP 2. Desconocimiento de la normatividad y/o desatención del funcionario que afecta el presupuesto. 3. Falta de instructivo para la afectación presupuestal 4. Falta de conciliación con los responsables de reportar la información 5. Falta de seguimiento de la ejecución de los contratos por parte de los responsables. 6. Soporte tecnológico inadecuado e insuficiente.	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras. 2. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 3. Inoportunidad en la información ocasionando retrasos en la atención a los usuarios. 4. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	1	5	5	1. Instructivos documentados para la expedición de CDP y RP 2. Consecutivo cronológico asignado por el software 3. Validación de saldos en forma automática para la creación de obligaciones en el software 4. Actas de conciliación permanente de los compromisos y obligaciones con los responsables del área. 5. Actas de conciliación con los responsables de cartera, facturación, tesorería y contabilidad 6. Solicitud permanente de mejoras a los reportes del software.	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	1	5	5	EVITAR EL RIESGO	1. Seguimiento a los CDP y a los registros presupuestales expedidos	PU Presupuesto	31/12/2016	2	Informes realizados		
GESTIÓN FINANCIERA	GF06	Incumplimiento de plazos	1. Información fuente para pago de seguridad social extemporánea y/o errada. 2. Información fuente para preparación y pago de las declaraciones tributarias extemporáneas. 3. Recursos insuficientes 4. Desconocimiento de la normativa relacionada 5. Información fuente para la preparación de informes legales en forma errada e inoportuna. 6. Falta de competencia de los funcionarios que preparan y reportan informes legales. 7. Mal funcionamiento de las plataformas tecnológicas en el que se reporta.	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma importante las metas presupuestales y financieras 2. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 3. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	2	4	8	1. Provisión de los recursos para el pago de la seguridad social e impuestos 2. Seguimiento permanente a las fechas límites de entrega de información a los diferentes Entes. 3. Plan de capacitación 4. Reporte inmediato a la entidad receptora del informe de la inconsistencia presentada.	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	1	4	4	EVITAR EL RIESGO	1. Elaborar cronograma de informes internos y externos	PU costos, Cuentas por Pagar, Contabilidad, Tesorero Pagador, Presupuesto y Facturación y Auditoría	30/06/2016	1	Cronograma elaborado		

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO				
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPONSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPLETADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES	
GESTIÓN FINANCIERA	GF07C	Servicios prestados no facturados	1. Trafico de influencia 2. Falta de controles administrativos y del sistema de información 3. Inadecuado diligenciamiento de la historia clínica. 4. Falta de registro en la historia clínica e HC incompleta. 5. Falta de compromiso por parte del auxiliar administrativo de facturación. 6. Desconocimiento de la normativa vigente, en manejo de historia clínica y facturación de servicios de salud.	1. Pérdida de Información crítica para la entidad que no se puede recuperar. 2. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras. 3. Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por actos o hechos de corrupción comprobados. 4. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 5. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	5	5	25	1. Procedimientos e instructivos documentados 2. Preauditoria a las cuentas 3. Retroalimentación al personal de facturación 4. Comité de gestión comercial y de cartera	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	1	100%	3	5	15	EVITAR EL RIESGO	1. Pruebas selectivas al proceso de facturación para validar la producción vs la facturación de servicios	P.U Facturación	Mensual	7	Informe mensual de la prueba selectiva		
																					2. Capacitaciones con los médicos especialistas el correcto diligenciamiento de la historia clínica.	P.U Facturación	31/12/2016	1	Total de reuniones realizadas / Total de reuniones programadas		
																					3. Capacitación y retroalimentación al talento humano del área de facturación.	P.U Facturación	Mensual	7	Reuniones realizadas		
																					4. Requerimientos al software para la validación y trazabilidad de la facturación.	P.U Facturación	Mensual	1	Total de requerimientos realizados / Total de inconsistencias presentadas		
GESTIÓN FINANCIERA	GF08C	Servicios prestados y facturados no reconocidos por la entidad	1. Desconocimiento de la normativa vigente, en manejo de historia clínica y facturación de servicios de salud. 2. La no correcta verificación de derechos 3. Fallas en las condiciones pactadas en el acuerdo de voluntades 4. Políticas de conciliación de glosas no ajustadas a la normativa vigente. 5. Mala práctica de las EPS.	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras. 2. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 3. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	5	5	25	1. Auditoría concurrente 2. Preauditoría de facturación al SOAT y consorcio. 3. Instructivo preauditoría administrativa de venta de servicios 4. Contrato para respuesta de glosas, devoluciones y conciliaciones, 5. Políticas de glosas 6. Capacitación con las diferentes especialidades y servicios asistenciales	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	3	5	15	EVITAR EL RIESGO	1. Socializar los motivos de glosas a las diferentes áreas asistenciales	P.U Facturación	Mensual	7	Actas de Socialización			
																				2. Capacitar al recurso humano en temas de facturación de servicios de salud y cambios en la normativa vigente.	P.U Facturación	Mensual	7	Reuniones realizadas			

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO			
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPONSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPLETADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCIÓN DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCIÓN	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
			6. Inconsistencias en la afiliación del usuario 7. Falta de competencia técnica del auditor 8. Tráfico de influencias					retrolimentando los diferentes motivos de glosas 7. Comité de gestión comercial y de cartera												3. Realizar reporte diario (lunes a viernes) a trabajo social de usuarios sin línea de pago definida o con inconsistencias en el servicio de internación.	P.U Facturación	Permanente	1	Total de reportes realizados/Tot al de inconsistencias presentadas		
																				4. Generar reportes al área comercial de las inconsistencias en las condiciones contractuales y en la parametrización del mismo.	P.U Facturación	Permanente	1	Total de reportes realizados/Tot al de inconsistencias presentadas		
GESTIÓN FINANCIERA	GF09	Inoportunidad en los términos de facturación, radicación y de auditoría de cuentas médicas.	1. Soportes incompletos de historia clínica 2. Inoportunidad e incumplimiento de las funciones del factorador 3. Ciclos de atención no terminados 4. Cese de actividades por factores externos 5. Inconsistencia en los correos electrónicos y/o en la codificación interna de correspondencia. 6. Descuido del auditor. 7. Falta de controles en el software y/o en el sistema de información	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras. 2. Sanción por parte del ente regulador. 3. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	5	5	25	1. Seguimiento permanente mediante traza del software del censo de los usuarios en los diferentes servicios. 2. Seguimiento mediante correos electrónicos a las áreas asistenciales y de apoyo diagnóstico y terapéutico por la no entrega de las facturas en los términos de radicación. 3. Procedimiento de facturación de venta de servicios de salud 4. Normativa vigente 5. Instructivo de radicación de facturas de venta de servicios de salud. 6. Comité de gestión comercial y de cartera	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	3	5	15	EVITAR EL RIESGO	1. Reportar al área asistencial los hallazgos por soportes incompletos de la historia clínica médica.	P.U Facturación	Mensual	1	Total de reportes realizados/Tot al de hallazgos por soportes incompletos presentados		
																				2. Realizar seguimiento permanente al auxiliar administrativo de facturación para la entrega de la factura a la central de radicación en los términos definidos en el proceso.	P.U Facturación	Mensual	0.95	Total de facturas radicadas a la central/Total de servicios prestados y facturados		

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO			
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CONRESPONSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
																				3. Capacitar a los auxiliares administrativos de facturación y verificadores de derechos de los principales motivos de glosa, entre otros.	P.U. Facturación	Mensual	7	Reuniones realizadas		
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	CD01C	No garantizar el debido proceso	1.Desatención del profesional universitario a cargo 2. Presiones indebidas de agentes internos o externos 3. Problemas de correspondencia que conduzcan a inoportunidad en los términos y en las notificaciones 4. Insuficiente personal para atender el número de procesos disciplinarios en desarrollo 5. Desconocimiento del Código Único Disciplinario por parte del profesional universitario a cargo 6. Pérdida de información concerniente a los procesos	1. Sanciones disciplinarias, administrativas, pecuniarias, penales por parte de ente de control u otro ente regulador. 2. Deterioro de la imagen institucional a nivel nacional.	3	4	12	1. Existe un cuadro "Archivo Procesos disciplinarios" 2. Profesional del derecho como responsable del proceso 3. Recursos de ley (apelación, reposición, queja y consulta) 4. Existe la Segunda Instancia que es el Nominador 5. Está creada la dependencia y el cargo en el Manual de Funciones 6. De acuerdo con la circular 001 de abril 2 de 2002 conjunta de la Procuraduría General de la Nación y el DAFP, es función de la OCI verificar se ejerza adecuadamente la función disciplinaria por parte de la OCID.	PREVENTIVO	0	1	1	1	1	90%	1	4	4	EVITAR EL RIESGO	1. Elaborar e implementar el cuadro "Archivo Procesos Disciplinarios" dentro del Procedimiento de Gestión del CID	P.U. Control Interno Disciplinario	30/06/2016	1	Formato elaborado		
																					31/07/2016	1	Formato implementado			
																				2. Documentar y aprobar el Procedimiento de Gestión del Control Interno Disciplinario por parte del Agente Especial Interventor	P.U. Control Interno Disciplinario	30/06/2016	1	Procedimiento documentado y aprobado		
																				3. Solicitar al área de Gestión del Talento Humano la inclusión del tema de Código Único Disciplinario en la inducción del nuevo personal.	P.U. Control Interno Disciplinario	30/06/2016	1	Solicitud realizada		

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO			
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPOSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPLETADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	CD02C	Trámite no oportuno a todos los procesos disciplinarios	1.Desatención del profesional universitario a cargo 2. Presiones indebidas de agentes internos o externos 3. Problemas de correspondencia que conduzcan a inoportunidad en los términos y en las notificaciones 4. Insuficiente personal para atender el número de procesos disciplinarios en desarrollo 5. Desconocimiento de los términos y etapas procesales por parte del profesional universitario a cargo 6. Pérdida de información concerniente a los procesos 7. Represamiento de procesos de otras vigencias no tramitados	1. Sanciones disciplinarias, administrativas por parte de ente de control u otro ente regulador.	3	4	12	1. Existe un cuadro "Archivo Procesos disciplinarios" 2. Profesional del derecho como responsable del proceso 3. Está creada la dependencia y el cargo en el Manual de Funciones 4. De acuerdo con la circular 001 de abril 2 de 2002 conjunta de la Procuraduría General de la Nación y el DAFP, es función de la OCI verificar se ejerza adecuadamente la función disciplinaria por parte de la OCID. 5. Indicador Cumplimiento de plan operativo anual 6. Indicador Cumplimiento de términos de las etapas del proceso disciplinario.	PREVENTIVO	0	1	1	0	0	20%	3	4	12	EVITAR EL RIESGO	1. Definir un plan de contingencia para sanear el represamiento de procesos de vigencias anteriores.	P.U. Control Interno Disciplinario	31/08/2016	1	Plan de Contingencia elaborado		
PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS	SQ01C	Inoportunidad en la atención en cirugía electiva	1. Falta de agenda disponible 2. Falta de autorización por parte de la ERP 3. Cese de actividades del personal que labora en el servicio 4. Falta de insumos y dispositivos médicos 5. Falta de sangre 6. Disponibilidad de cama en Unidad de Cuidado Intensivo (UCI). 7. Falta de oportunidad en las ayudas diagnósticas 8. Trafico de influencias en la programación	1. Pérdidas de vidas humanas 2. Lesiones o enfermedades que causan discapacidad. 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. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de manera importante el cumplimiento en las metas de gobierno (no presupuestales). 5. Imagen institucional afectada en el orden regional por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos.	5	5	25	1. Plan anual de compras 2. Verificación diaria de insumos y dispositivos 3. Lista de chequeo preoperatorio 4. Priorización de la oportunidad quirúrgica con criterio médico	PREVENTIVO	1	1	1	1	0	60%	4	5	20	EVITAR EL RIESGO	1. Solicitar a Gestion Comercial y de cartera la implementación directa del tramite de autorización con la entidad.	Coordinadora Unidad Quirúrgico	30/06/2016	1	Documento		
																				2. Solicitar y construir la implementación de paquetes quirúrgicos	Coordinadora Unidad Quirúrgico	30/06/2016	1	Documento		
																				3. Definir en las políticas de quirofano la Flexibilización del Quirofano.	Coordinadora Unidad Quirúrgico	31/07/2016	1	Documento		
																				4. Definir en las políticas la no intermediación en el proceso de programación.	Coordinadora Unidad Quirúrgico	31/07/2016	1	Documento		

IDENTIFICACION			ANALISIS				VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO				
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPONSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCIÓN DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCIÓN	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS	SQ02	Inoportunidad en la atención en cirugía de urgencias	1. Falta de insumos y dispositivos médicos 2. Falta de sangre 3. Disponibilidad de cama en Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) 4. Disponibilidad de sala de cirugía	1. Pérdidas de vidas humanas 2. Lesiones o enfermedades que causan discapacidad. 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. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de manera importante el cumplimiento en las metas de gobierno (no presupuestales). 5. Imagen institucional afectada en el orden regional por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos.	5	5	25	1. Plan anual de compras	PREVENTIVO	1	1	1	1	0	60%	4	5	20	EVITAR EL RIESGO	1. Vericar en la farmacia del quirofano la existencia de los insumos criticos en el servicio.	Coordinadora Unidad Quirurgico	diaria	30	Reportes generados diariamente a farmacia, con copia a la Unidad funcional		
																				2. Verificar en el depósito de Material de Osteosintesis la existencia de los depósitos de cada una de las casas proveedoras con las reposiciones correspondientes	Coordinadora Unidad Quirurgico	mensual	5	Inventario de ingreso de cada depósito por cada casa comercial.		
PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS	SQ03	Ocurrencia de eventos adversos	1. Falta de adherencia a los protocolos y guías. 2. Falta de insumos 3. Falta de mantenimiento preventivo y correctivo de mobiliario y equipo.	1. Pérdidas de vidas humanas 2. Lesiones o enfermedades que causan discapacidad. 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. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de manera importante el cumplimiento en las metas de gobierno (no presupuestales).	5	5	25	1. Guías y protocolos del servicio 2. Plan de mantenimiento anual 3. Plan de compras 4. Farmacia satélite dotada con los insumos específicos del área	PREVENTIVO	1	1	1	1	0	60%	4	5	20	EVITAR EL RIESGO	1. Inducción y reintroducción del personal asistencial en guías y protocolos.	Coordinadora Unidad Quirurgico	31/12/2016	1	Total realizadas / Total programadas por Talento Humano		
																				2. Elaboración de las listas de verificación de cumplimiento de guías y protocolos.	Coordinadora Unidad Quirurgico	31/12/2016	1	Total de listas de verificación realizadas/Tot al de guías y protocolos		
																				3. Lista de verificación de cumplimiento del plan de mantenimiento anual.	Coordinadora Unidad Quirurgico	mensual	7	Reportes generados		
PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS	SQ04	Percepción de maltrato por parte del usuario	1. Falta de sensibilización del personal en el buen trata hacia el paciente 2. Mal uso de los celulares durante el tiempo de trabajo 3. Stress laboral.	1. Reclamaciones o quejas de los usuarios que implican investigaciones internas disciplinarias.	5	2	10	1. Capacitaciones en humanizacion del servicio.	PREVENTIVO	1	1	1	1	0	60%	4	2	8	EVITAR EL RIESGO	1. Socializar la politica interna de humanización del servicio	Coordinadora Unidad Quirurgico	mensual	7	Actas de asistencia reunion realizadas		
																				2. Solicitar el cumplimiento de la utilizacion de celulares y equipos de entretenimiento personal.	Coordinadora Unidad Quirurgico	mensual	7	Actas de asistencia reunion realizadas		

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO			
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPOSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPLETADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS	SQ05C	Robo de material medico quirúrgico y medicamentos	1. Deshonestidad del personal	1. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 2. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma importante las metas presupuestales y financieras. 3. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	3	4	12	1. Libros de recibo y entrega de material 2. Farmacia independiente con operario exclusivo 3. Hojas de gasto por cada paciente 4. Hojas de control de gasto del material de osteosintesis. 5. Camaras de vigilancia	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	1	4	4	EVITAR EL RIESGO	1. Capacitacion en la cultura de valores y principios institucionales	Coordinadora Unidad Quirurgico	mensual	7	Actas de asistencia reunion realizadas		
PRESTACIÓN DE SERVICIOS QUIRÚRGICOS	SQ06C	Perdida de Material de osteosintesis extraído de pacientes	1. Deshonestidad del personal	1. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 2. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de manera importante el cumplimiento en las metas de gobierno (no presupuestales). 3. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. 4. Deterioro recuperable del medio ambiente	3	4	12	1. Procedimiento 2. Fichas individuales de registro de material 3. Libro de registro de fichas 4. Canecas de depósito 5. Inventario de canecas 6. actas de recibo de entrega de material de osteosintesis	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	1	4	4	EVITAR EL RIESGO	1. Capacitacion en la cultura de valores y principios institucionales	Coordinadora Unidad Quirurgico	mensual	7	Actas de asistencia reunion realizadas		
GESTIÓN JURÍDICA	GJ01	Falta de oportunidad en el cumplimiento de las etapas procesales en las demandas y acciones de tutela.	1. Indebida notificación 2. Falta de atención a los terminos, plazos y condiciones por parte de los apoderados del Hospital. 3. Inasistencia a las audiencias obligatorias. 4. Cese de actividades 5. Vinculación de apoderados no competentes para los asuntos correspondientes. 6. Demora en la designacion de los abogados a cada proceso. 7. Deficiencia del sistema de gestion documental	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras. 2. Pérdidas de vidas humanas 3. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 4. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. 5. Imagen institucional afectada en el orden regional por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos.	4	5	20	1. Revisión de estados de los procesos en forma electrónico y físico. 2. Manejo de agenda electrónica que genera alertas de manera previa al vencimientos de los términos. 3. Revisión continua de la correspondencia.	PREVENTIVO	0	1	1	1	1	90%	2	5	10	EVITAR EL RIESGO	1. Elaborar el instructivo para seguimiento a los procesos.	Jefe Oficina Jurídica	31/12/2016	1	Instructivo Elaborado		
																				2. Definir la política de defensa institucional y prevención del daño antijurídico.	Jefe Oficina Jurídica	31/12/2016	1	Política de defensa institucional y prevención del daño antijurídico elaborada		

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO			
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPOSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
GESTIÓN JURÍDICA	GJ02	Falta de oportunidad en la asistencia y asesoría a las dependencias del hospital	1. Sobrecarga laboral 2. Inexactitud de la solicitud y/o documentación incompleta. 3. Pretensión ambigua 4. Cese de actividades 5. Deficiencia del sistema de gestión documental. 6. Errores en la póliza como cumplimiento de requisito de ejecución de los contratos.	1. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 2. Incumplimiento menor en las metas y objetivos institucionales afectando el cumplimiento en las metas de gobierno o presupuestales.	3	4	12	1. Libro de seguimiento a las solicitudes realizados por otras dependencias a los asesores externos. 2. Libro de control de ingreso y de salida de información requerida por la oficina de compra.	PREVENTIVO	0	1	1	1	1	90%	1	4	4	EVITAR EL RIESGO	1. Aplicar los controles existentes en la oficina jurídica del libro de seguimiento de solicitudes radicadas y el libro de control de ingreso y salida de información requerida por la oficina de compra	Jefe Oficina Jurídica	31/12/2016	100%	Controles aplicados / Total de controles existentes		
GESTIÓN JURÍDICA	GJ03C	Ineficiencia en la gestión jurídica de asesorar, asistir y defender	1. Información incompleta, errónea e inexacta 2. Inoportunidad en la entrega de la información requerida por la oficina jurídica. 3. Competencia del abogado 4. Manuales, procesos y procedimientos desactualizados 5. Inoportunidad en el cumplimiento de las obligaciones iniciales por parte del contratista 6. Interés patricular 7. Desatención en los términos establecidos en la Ley para la liquidación y supervisión de los contratos	1. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave las metas presupuestales y financieras. 2. Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por actos o hechos de corrupción comprobados. 3. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 4. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa.	4	5	20	1. Políticas definidas por el comité de conciliación en la que establece los perfiles a corde con la materia de defensa o asesoría. 2. Manuales ajustados al marco normativo vigente. 3. Matriz consolidada de procesos judiciales y su trazabilidad 4. Matriz de seguimiento de la contratación 5. Reporte en safix de la contratación. 6. Requerimientos a los responsables del suministro de información. 7. Lista de chequeo de documentos que debe tener la carpeta contractual	PREVENTIVO	1	1	1	1	100%	2	5	10	EVITAR EL RIESGO	1. Elaborar los manuales, proceso y procedimientos de la oficina jurídica 2. Realizar inducción y reinducción en temas de supervisión 3. Realizar circulares informativas a las oficinas intervinientes en los procesos para la entrega oportuna de la información 4. Reportar para el inicio de procesos disciplinarios, fiscales y penales por incumplimiento reiterado de los requerimientos realizados por la oficina jurídica.	Jefe Oficina Jurídica Jefe Oficina Jurídica Jefe Oficina Jurídica Jefe Oficina Jurídica	31/12/2016 31/12/2016 31/12/2016 31/12/2016	100% 100% 3 100	Manual, procesos y procedimiento elaborado / Total de documentos Inducción y reinducción realizadas / Inducción y Reinducción programadas Circulares realizadas Procesos disciplinarios, fiscales y penales reportados / Total procesos con con incumplimiento o reiterado de a los requerimientos realizados por la oficina jurídica			

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO			
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPONSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCIÓN DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCIÓN	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
CONTROL INTERNO	CI02C	Falta de objetividad frente al desarrollo de la auditoría, en la evaluación y seguimiento a la administración del riesgo, en la evaluación y seguimiento a los planes, programas y proyectos	1. Presiones internas o externas (políticas, sobornos) 2. Intención del auditor de desviar u ocultar información 3. Relaciones personales del auditor con personal de otras áreas 4. Falta de conocimiento del personal del área de Control Interno 5. Falta de apertura mental del auditor	1. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador.	2	4	8	1. Revisión de los informes por parte de la Jefe de la OCI 2. Papeles de trabajo para efectuar las auditorías, debidamente soportados 3. Presentación de informe preliminar 4. Revisión y acompañamiento por otros funcionarios del área de Control Interno	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	1	4	4	EVITAR EL RIESGO	Implementar mesas de trabajo internas de la OCI para fortalecer y homologar criterios de auditoría.	Jefe Oficina de Control Interno	31/12/2016	1	Total mesas de trabajo implementadas		
CONTROL INTERNO	CI03	Falta de rigor técnico frente al desarrollo de la auditoría, en la evaluación y seguimiento a la administración del riesgo, en la evaluación y seguimiento a los planes, programas y proyectos	1. Contratación de personal no competente para realizar las labores de Control Interno. 2. Falta de capacitación al personal de la OCI	1. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador.	1	4	4	1. Perfiles de cargos definidos en el Manual de Funciones 2. Personal competente para la realización de las actividades 3. Autoestudio y actualización 4. Acompañamiento por otros funcionarios del área de Control Interno 5. Solicitud de capacitación para el incluir en el PIC	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	1	4	4	EVITAR EL RIESGO	Implementar mesas de trabajo internas de la OCI para fortalecer y homologar criterios de auditoría.	Jefe Oficina de Control Interno	31/12/2016	1	Total mesas de trabajo implementadas		
CONTROL INTERNO	CI04	Informes presentados a entes de control externo de manera no oportuna	1. Caída de plataformas informáticas de entes internos o externos 2. Desconocimiento de cambios normativos en los términos de presentación de los informes o por creación de nuevos informes	1. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador.	1	4	4	1. Presentación de los informes con una antelación no inferior a 8 días. 2. Revisión permanente de los cambios normativos en las páginas web de las entidades correspondientes	PREVENTIVO	0	1	1	1	1	90%	1	4	4	EVITAR EL RIESGO	Documentar como política de operación la presentación con antelación de los informes ante entes externos	Jefe Oficina de Control Interno	31/12/2016	1	Total mesas de trabajo implementadas		
CONTROL INTERNO	CI05	Pérdida de la confidencialidad de la información originada en la Oficina de Control Interno antes de que se publiquen los informes definitivos	1. Indiscreción de los funcionarios del área de Control Interno 2. Indiscreción de los funcionarios del área auditada	Pérdida de información crítica que puede ser recuperada de forma parcial o incompleta.	3	4	12	1. Compartimentación de la información 2. Política de confidencialidad de información 3. Solicitudes de información sensible se hacen directamente al área	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	1	4	4	EVITAR EL RIESGO	Documentar como política de operación la compartimentación de la información	Jefe Oficina de Control Interno	31/12/2016	1	Política documentada		

IDENTIFICACION			ANALISIS					VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO				
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPONSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPLETADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES	
SERVICIO FARMACÉUTICO	SF01	Inoportunidad en la prestación del servicio Farmacéutico	1. Demora en el proceso de adquisición de medicamentos y dispositivos medicos. 2. Pago inoportuno a proveedores 3. Recurso humano insuficiente 4. Disponibilidad de transporte para realizar la reposición de pedidos en bodegas alternas. 5. Errores en prescripción medica. 6. Demora en la solicitud del pedido interno entre la bodega y la farmacia. 7. Solicitud de nuevos medicamentos y dispositivos medicos de difícil consecución. 8. Demora en el requerimiento por parte del servicio que origina la solicitud del medicamento y/o dispositivo medico. 9. Demora en el registro de facturas de compra en el sistema de información.	1. Pérdidas de vidas humanas 2. Lesiones o enfermedades que causan discapacidad. 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. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de manera importante el cumplimiento en las metas de gobierno (no presupuestales). 5. Imagen institucional afectada en el orden regional por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos.	3	5	15	1. seguimiento ejecución contratos proveedores 2. Cuadros de turnos del personal de farmacia 3. Procedimiento documentado 4. Indicador de errores de prescripción médica 5. Plan anual de compras 6. Verificación diaria de faltantes de medicamentos y dispositivos medicos.	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	0	60%	2	5	10	EVITAR EL RIESGO	1. Establecer acuerdo entre los servicios para definir horarios de formulación.	P.U. Quimico Farmacéutica	31/07/2016	1	Acta de acuerdo		
																					2. Coordinar con logística el horario de recolección y entrega de pedidos entre sedes.	P.U. Quimico Farmaceuta	30/06/2016	1	Cronograma de recoleccion y entrega de pedidos		
SERVICIO FARMACÉUTICO	SF02C	Recepción de medicamentos y dispositivos médicos sin el cumplimiento de las especificaciones técnicas	1. Idoneidad del personal 2. Desatención en el procedimiento 3. Falta de adherencia al procedimiento 4. Interés particular del funcionario 5. Tamaño de la muestra no es el adecuado por el volumen del producto.	1. Lesiones o enfermedades que causan discapacidad. 2. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 3. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma importante las metas presupuestales y financieras 4. Imagen institucional afectada en el orden nacional por incumplimientos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. 5. Retraso de	3	4	12	1. Procedimiento documentado de recepción técnica de medicamentos y/o dispositivos médicos 2. Actas de recepción técnica 3. Control de inventarios	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	1	4	4	EVITAR EL RIESGO	1. Sensibilización del personal en cuanto a su ética profesional	P.U. Quimico Farmaceuta	31/07/2016	1	acta de reunion con el personal de farmacia			
																				2. Solicitud de camaras de seguridad en área de recepción.	P.U. Quimico Farmaceuta	31/07/2016	1	Solicitud realizada			
																				3. Capacitación al personal mediante el programa de inducción y reinducción.	P.U. Quimico Farmaceuta	31/12/2016	1	Total de capacitacione s realizadas / Total de capacitacione s programadas por RH			

IDENTIFICACION			ANALISIS				VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO				
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPONSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
				5. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. 6. 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. Elaborar instructivo para establecer el sistema de muestreo acorde al volumen de los medicamentos y dispositivos medicos para medir condiciones técnicas	P.U. Quimico Farmaceuta	31/08/2016	1	Instructivo elaborado		
SERVICIO FARMACÉUTICO	SF03C	Perdida en la calidad del medicamento y dispositivos médicos	1. Almacenamiento inadecuado 2. Transporte interno inadecuado 3. Falta de mantenimiento preventivo y correctivo 4. Desatención personal 5. Falta de idoneidad del personal 6. Infraestructura física insuficiente y/o sin el cumplimiento de los requisitos de habilitación. 7. Interes particular.	1. Lesiones o enfermedades que causan discapacidad. 2. Sanción por parte ente de control u otro ente regulador. 3. Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma importante las metas presupuestales y financieras 4. Imagen institucional afectada en el orden nacional por incumplimientos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. 5. Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. 6. Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad.	3	4	12	1. Procedimiento documentado de recepción técnica de medicamentos y/o dispositivos médicos 2. Control de inventarios 3. Requerimientos de mantenimiento de infraestructura y de equipos. 4. Programa de induccion y reinduccion 5. Capacitaciones internas. 6. control de factores ambientales	PREVENTIVO	1	1	1	1	1	100%	1	4	4	EVITAR EL RIESGO	1. Sensibilización del personal en cuanto a su ética profesional	P.U. Quimico Farmaceuta	31/07/2016	1	acta de reunion con el personal de farmacia		
																				2. Solicitud de camaras de seguridad en área de recepción.	P.U. Quimico Farmaceuta	31/07/2016	1	Solicitud realizada		
																				3. Capacitación al personal mediante el programa de induccion y reinduccion.	P.U. Quimico Farmaceuta	31/12/2016	1	Total de capacitaciones realizadas / Total de capacitaciones programadas por RH		
																				4. Seguimiento al plan de mantenimiento preventivo	P.U. Quimico Farmaceuta	30/06/2016	1	Solicitud del plan de mantenimiento		
																					P.U. Quimico Farmaceuta	30/06/2016	1	Actas de mantenimiento realizada y verificada por el coordinador del servicio / Numero de visitas de mantenimiento programado		
																				5. Implementar visitas internas de verificación de cumplimiento de especificaciones técnicas para la conservación de medicamentos y dispositivos	P.U. Quimico Farmaceuta	mensual	6	Informe de visitas realizadas		

IDENTIFICACION			ANALISIS				VALORACIÓN										MANEJO					MONITOREO Y SEGUIMIENTO				
NOMBRE DEL PROCESO	RIESGO N°	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD DE OCURRENCIA	IMPACTO	NIVEL DE RIESGO INHERENTE	CONTROL EXISTENTE	TIPO DE CONTROL (PREVENTIVO, CORRECTIVO)	DOCUMENTADO 10%	CON RESPONSABLE ASIGNADO 10%	CON FRECUENCIA DE APLICACIÓN DEFINIDA 10%	CON IMPLEMENTACIÓN COMPROBADA 30%	CON EFECTIVIDAD COMPROBADA 40%	VALORACIÓN DEL CONTROL	PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL	NIVEL DE RIESGO RESIDUAL	OPCION DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE	PLAZO DE EJECUCION	META	INDICADOR	EVALUACION	OBSERVACIONES
																				3. crear la herramienta para la adherencia del instructivo de control de fechas de vencimiento de medicamentos y dispositivos médicos.	P.U. Quimico Farmaceuta	31/12/2016	1	Herramienta creada		