



## MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Código: GERE-F-001-27  
 Vigencia: Diciembre 2014  
 Versión: 02  
 Página 1 de 8

**PROCESO: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO**

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN CONTROLES		DESCRIPCION DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCION		NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA		
				SI	NO									
1	No contar con información confiable, oportuna y clasificada tanto de nivel externo, como a nivel del contexto interno para formular los distintos Planes, Programas, Subprogramas y Proyectos Institucionales.	1. No se cuenta con un sistema de información integrado.	Planeación Institucional poco realizable, pérdida de credibilidad e interrupción de la actividad desarrollada.	X		Procedimiento de elaboración del Plan de Desarrollo, Plan Operativo.	MAYOR	3	OCASIONAL	4	ALTA	2	24	1. Alinear Indicadores con objetivos estratégicos y realizar seguimiento
2	No dar cumplimiento a lo inicialmente programado en el Plan de Desarrollo Institucional, plan operativo y Planes Anuales de Acción	1. Desviación de lo planeado inicialmente 2. Cambios en las condiciones del entorno o al interior de la institución	Sanciones , interrupción de la actividad desarrollada e ineficacia en la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	X		1. Evaluación del plan de gestión y plan operativo anual. 2. Seguimiento a indicadores el cual se realiza en el comité técnico de gerencia.	PELIGROSO	4	OCASIONAL	4	ALTA	2	32	1. Realizar seguimiento semestral de las actividades definidas en el plan de desarrollo, plan operativo. 2. Verificar el cumplimiento de los indicadores y posibles desviaciones para su ajuste y cumplimiento.
3	Toma de decisiones Técnicas y Administrativas con base en información errónea	Incumplimiento de los procedimientos y poca o inadecuada inducción y re inducción.	Interrupción de la actividad desarrollada y perdida de credibilidad	X		* Se cuenta con Procedimientos Institucionales *La institución cuenta con inducción.	PELIGROSO	4	OCASIONAL	4	ALTA	2	32	1. Fortalecer la socialización y ejecución de los procedimientos institucionales. 2. Fortalecer el programa de inducción y re inducción institucional.
4	Incumplimiento de metas institucionales	Identificación inadecuada de las causas de los desvíos en los seguimientos.	1. Sanciones 2. Pérdidas económicas	X		Seguimiento en comité a cumplimiento de metas	MAYOR	3	OCASIONAL	4	ALTA	2	24	Fortalecimiento del análisis de causas de los desvíos

**PROCESO: GESTIÓN DE CALIDAD**

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN CONTROLES		DESCRIPCION DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCION		NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA		
				SI	NO									
1	Incumplimiento de criterios documentales de habilitación	1. Desactualización de documentos o falta de los mismos ( guías, protocolos, manuales, etc) 2. Débil cultura de seguimiento a procedimientos 3. Desconocimiento del procedimiento de control de documentos y registros	Desvíos del cumplimiento de objetivos, no estandarización, costos, incumplimiento normativo de documentos y registros	X		cumplimiento al procedimiento de control de documentos	MAYOR	3	FRECUENTE	5	ALTA	2	30	1. Socialización de procedimiento de control de documentos. ( calidad) 2. Reporte de auditoría externa o interna 3. envío de comunicados a los líderes de procesos
2	No cumplir con el Sistema Único de Habilidadación.	1. Dificultades económicas 2. Institución con infraestructura antigua. 3. Bajo conocimiento de las normas de habilitación	1. Riesgos para el usuario 2. Glosas en contratos 3. Incumplimiento ante entes de control, sanciones, cierre	X		Procedimiento de Gestión de Habilidadación	PELIGROSO	4	OCASIONAL	4	ALTA	2	32	1. Mayor difusión de herramienta de autoevaluación. ( calidad) 2. Fortalecimiento de autoevaluación con verificadores internos. ( talento humano) 3. Implementación de procedimiento de gestión de habilitación. 4. Establecer plan de readecuación de infraestructura
3	No cumplir con las metas del PAMEC - SUA	1. No cumplimiento de planes de acción por equipos de trabajo. 2. No interiorización o conocimiento de los estándares. 3. Cultura institucional de no entregar y siempre aplazar. 4.Dificultades de presupuesto.	1. No cumplimiento de las metas del indicador 1 y 2 del Plan de gestión. 2. No mejoramiento de la calidad	X		Herramienta de Matriz de PAMEC. Guía de trabajo de acreditación	MAYOR	3	FRECUENTE	5	ALTA	2	30	1. Necesidad de realizar seguimiento a través de los jefes inmediatos y el comité de gerencia. ( calidad) 2. Fomentar una mayor participación de los funcionarios de los procesos. Subdiviendo equipos claves. ( calidad) 3. Involucrar a los grupos primarios en la dinámica del SUA. ( seguimiento Talento Humano). 4 Realizar seguimiento o auditoría por parte de control interno a los diferentes equipos de acreditación. ( seguimiento control interno)



## MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Código: GERE-F-001-27

Vigencia: Diciembre 2014

Versión: 02

Página 2 de 8

4	<b>No confiabilidad y oportunidad en la entrega de indicadores y datos estadísticos</b>	1. Deficiencias en sistemas de información. 2. Desagregación de funciones en cuanto a la recolección de la información, no se cuenta con fuentes unificadas de los datos. 3. Cultura organizacional débil respecto a la entrega de información oportuna.	1. Poco tiempo para realizar análisis. 2. Sanciones por no entrega a entes de control. 3. Glosas por entrega tardía a clientes institucionales. 4. Dificultades en la toma de decisiones con base en hechos y datos	X	Procedimiento de gestión de indicadores, matriz de reporte de indicadores	MAYOR	3	OCASIONAL	4	ALTA	2	24	1. unificación de la generación y recopilación de datos en el proceso de Gerencia de información independiente de cual se la fuente de la información. (elegación por gerencia) 2. Implementación de Sistema integrado. (sistemas) 3. Reporte en comité de gerencia de la oportunidad y cumplimiento con los tiempos de reporte ( calidad)
5	<b>Débil identificación y gestión de No conformidades (RIESGO DE CORRUPCIÓN)</b>	1. Sistema no actualizado 2. Dificultades en el acceso a equipos desconocimiento del procedimiento 3. No cultura de reporte	1. Repetición frecuente de fallas, no conformes incidentes y eventos adversos 2. Costos de no calidad	X	1. Procedimiento de gestión de no conformes, Gestión de eventos adversos 2. Programa de seguridad del paciente	MAYOR	3	OCASIONAL	4	MUY ALTA	1	12	1. Actualización del procedimiento integración con seguridad del paciente alineado al Sistema de información PANACEA. ( calidad) 2. Mejora de la herramienta de seguimiento a través del sistema de información.

PROCESO: **ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO**

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN CONTROLES		DESCRIPCION DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCION	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA			
				SI	NO									
1	<b>Inefectividad del recaudo</b>	Recursos asignados a las EPS son insuficientes para cubrir el pago de la cartera de las IPS	1) Retrasos en los pagos a las cuentas o acreencias que se generan en la institución, entendiendo gastos de funcionamiento en general. 2) Afectación de la liquidez del hospital.	X		1) Cobranza y comunicación constante con la EPS 2) Cobros Jurídicos	MAYOR	3	FRECUENTE	5	ALTA	2	30	1) Cobranza constante. 2) Presencia permanente en las EPS de mayor facturación. 3) Generación de espacios de concertación a nivel gerencial entre las partes. 4) Gestión de cobranzas por terceros de las entidades por fuera del departamento del Valle (Contratados). 5) Gestión jurídica sobre la cartera de difícil cobro. 6) Mayor acompañamiento ejecutivo y jurídico en la cobranza de las carteras de la entidad.
2	<b>Sub Registro e inadecuada facturación mensual. (RIESGO DE CORRUPCIÓN)</b>	Falta de control en los servicios por el personal asignado	1) Pérdidas en la venta del servicio. 2) Incremento en los costos y gastos de la Entidad. 3) Margenes de Utilidad Inferiores	X		1) Actualización de procedimientos de Facturación 2) Capacitación Cositante del Personal del área 3) Controles Físicos a los egresos de pacientes para asegurar la facturación del servicio	MAYOR	3	FRECUENTE	5	MUY ALTA	1	15	1) Actualización de Procedimientos del área de facturación. 2) Actualización e integración del Sistema de información administrativa y financiera. 3) Capacitación idónea del personal de facturación. 4) Revisión del perfil 5) Actualización de la herramienta tecnológica.
3	<b>Extravió de Documentación. (RIESGO DE CORRUPCIÓN)</b>	Falta de espacio adecuado para archivo de documentos	1) Radicación Exclusiva del área de ventanilla única	X		Procedimiento de control en el área de presupuesto, contabilidad, tesorería	MAYOR	3	OCASIONAL	4	BAJA	4	48	1) Contar con un espacio físico propio del área que permita custodiar esta información tan importante. 2) Incluir en procedimientos de filtros adecuados para controlar la documentación.
4	<b>Información contable inconsistente o pendiente por registrar. (RIESGO DE CORRUPCIÓN)</b>	Ineficiencias pasadas en el registro de los datos	1) Se generan cargas laborales adicionales para generar información requerida. 2) Pertinencia de la información.	X		Constante y responsable revisión de la información antes de ser generada.	MENOR	2	REMOTO	3	ALTA	2	12	1) Continuar con la Depuración de las cuentas
5	<b>Información de costos y gastos parcializada.</b>	1. Poco personal	1) Dificultad a la hora de visualizar identificar novedades o fluctuaciones en los diferentes servicios 2) Dificultad en la toma de decisiones administrativas	X		Realización de informe de costos mensualmente, para identificar el comportamiento de los servicios-Costos de Actividades	MAYOR	3	OCASIONAL	4	ALTA	2	24	1) Continuar con el coteo de los procedimientos realizados en el hospital-Capacitación constante del personal asignado en actualizaciones de metodologías del costo



## MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Código: GERE-F-001-27

Vigencia: Diciembre 2014

Versión: 02

Página 3 de 8

6	Algunos activos sin hojas de vida	1. Registro parcial de datos	1) Pérdida del Activo	X		1) Identificación de activos sin H.V y diligenciamiento de los mismos	MENOR	2	REMOTO	3	ALTA	2	12	1) Diligenciar el 100 % de los activos pendientes
7	Descuadre en el recaudo de cajas	1. Descuadre de cajeros	1) Descuadre de los dineros recaudados	X		1) Arqueos diarios a los cajeros	MENOR	2	REMOTO	3	MUY ALTA	1	6	1) Arqueos constantes de los recaudos
8	Asignación de presupuesto a órdenes de compra que no se materializan	1. Programación inadecuada del proceso de compras	1) Retención de presupuesto que no se utiliza y puede ser usado en otros compromisos	X		1) Revisión Trimestral de presupuesto no utilizado	MAYOR	3	FRECUENTE	5	MUY ALTA	1	15	1) Hacer una mejor programación y planeación de compras para las necesidades de la entidad.

PROCESO: **ATENCIÓN AL USUARIO**

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN CONTROLES		DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCIÓN	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA			
				SI	NO									
1	Respuesta inadecuada o inoportuna a una queja o reclamo (RIESGO DE CORRUPCIÓN)	Débil compromiso por parte de los jefes y dificultad con el aplicativo de indicadores	Insatisfacción en la respuesta al usuario.	X		Existe procedimiento de quejas y reclamos con código SEAU-P-0-02-17 - Junio 2017 v3. SIAU-F-002-33 Formato seguimiento al mejoramiento individual PQRS 2. Un aplicativo Sistema Gestión de Indicadores. 3. Formato para quejas, reclamos y recomendaciones con código SEAU-F-002-10.	MAYOR	3	FRECUENTE	5	ALTA	2	30	1. Mantener controles sobre las quejas y los reclamos. 2. Realizar reunión con cada uno de los jefes para revisar procedimientos.
2	Peligro público (por robo o agresión física).	Por la población que se atiende en el hospital, por la zona de ubicación geográfica de la institución	1. Pérdida de equipos o elementos de oficina. 2. Agresión verbal y/o física a los funcionarios.		X		MAYOR	3	OCASIONAL	4	ALTA	2	24	1. Establecer manual o procedimientos para manejo de comportamiento agresivo.
3	Atención inadecuada e inoportuna al usuario (RIESGO DE CORRUPCIÓN)	1. Falta de capacitación al personal encargado de información. 2. Cambio de la normatividad en salud sin socializar. 3. Orientación incorrecta al usuario. 4. Tiempos largos de espera. 5. Cancelación de citas médicas especializadas. 6. Inadecuado ingreso del usuario al tarjetero índice.	1. Pérdida de usuario y citas, de ingresos. 2. Mal imagen ante el cliente institucional.	X		Se cuenta con procedimientos de asignación de citas, buzones de sugerencias. Se cuenta con un nuevo programa Panacea, el cual requiere de más requisitos verificados	PELIGROSO	4	OCASIONAL	4	ALTA	2	32	1. Socialización de los procedimientos y re inducción del personal. 2. Realizar reunión con el jefe de ambulatorios para revisar temas como cancelación de citas. 3. Reprogramación de agendas, citas prioritarias. 4. Reprogramación del sistema telefónico para que en caso puesto de trabajo entren las tres líneas simultáneas. 5. Asignar las citas en el horario que se observa en el programa PANACEA

PROCESO: **TALENTO HUMANO**

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN CONTROLES		DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCIÓN	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA			
				SI	NO									
1	Inadecuada Selección de Personal (RIESGO DE CORRUPCIÓN)	1. Vincular personal sin el perfil del cargo. (Por Recomendación). 2. El no cumplimiento de los requisitos mínimos exigidos en el perfil. 3. Urgencia de necesidad del servicio. 4. Incumplimiento de la normatividad. 5. No se cuenta con procedimiento de selección para los agremiados	1. Mala calidad del servicio prestado. 2. Sobrecostos administrativos y operativos. 3. Alta rotación de personal. 4. Ineficiencia operativa. 5. Sanciones por parte de entes de control. 6. Actos de corrupción. 7. Sobrecarga laboral	X		Se cuenta con procedimiento de selección de personal de cámara administrativa TAHU-M-006-02 S.1.4 y procedimiento de Contratación de Personal TAHU-M-006-02 S.5.4. Se cuenta con Manual Específico de Funciones del Hospital Acuerdo No. 25 de 25/11/2015. Formeo par determinar competencias TAHUF-006-01	MAYOR	3	FRECUENTE	5	ALTA	2	30	1. Solicitud a la agremiación de la Elaboración y ejecución del procedimiento de selección. 2. Entregar copia del Manual de Funciones aprobado por el Hospital según el cargo a proveer. 3. Verificar la información aportada por el aspirante y diligenciar el formato 4. Ajustar y revisar los procesos de selección y vinculación del hospital



## MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Código: GERE-F-001-27

Vigencia: Diciembre 2014

Versión: 02

Página 4 de 8

2	Debilidad en la implementación de la cultura organizacional	1. Debilidad en el proceso de inducción. 2. Urgencia de necesidad del servicio. 3. Baja participación en las actividades planteadas en el PIC y en la inducción y re inducción.	1. Mala prestación del servicio. 2. Bajo sentido de pertenencia. 3. Incumplimiento o desvíos de los objetivos y metas institucionales.	X	1. Seguimiento a los PQyR 2. Seguimiento al proceso de inducción.	MAYOR	3	OCASIONAL	4	BAJA	4	48	1. Revisión y ejecución del programa de inducción y re inducción.
3	Fallas en la custodia de la historia laboral	1. Débil control al prestar las historias laborales.	1. Pérdida de documentos de las historias laborales.	X	Manejo adecuado, según ley general de archivo.	MENOR	2	IMPROBABLE	2	BAJA	4	16	1. Acceso restringido al área de archivo de las historias laborales. 2. Capacitación para el manejo y conservación de los documentos. 3. Elaborar formato para Llevar registro y control de la salida y entrega de documentos que reposará en la carpeta mientras esta historia este prestada.
4	Pagos de Nomina que no corresponden a la realidad. (RIESGO DE CORRUPCIÓN)	1. Error en la inclusión de novedades de nómina 2. Sobrecarga de trabajo 3. Desatención 4. Fallas del software 5. No reporte o entrega atrasada de novedades	1. Sanción disciplinaria. 2. Sobrecostos para el Hospital	X	1. Revisión de la nómina por parte del Líder del proceso de Talento Humano con vbo del Subdirector Administrativo 2. Procedimiento de nomina TAHU-M-006-02	MAYOR	3	REMOTO	3	ALTA	2	18	1. Revisión previa de las novedades a incluir en el mes. 2. Revisión de la nómina.
5	No dar cumplimiento al plan de Capacitación, Bienestar Social y Evaluación de desempeño	1. Bajo presupuesto asignado 2. No contar con auditorio 3. No identificar de manera correcta las necesidades de capacitación y Bienestar. 4. No contar con espacios de bienestar y confort. 5. Fallos en la aplicación de la metodología de la evaluación de desempeño.	1. Sanciones Disciplinarias por no cumplimiento a la normatividad. 2. No impactar la cultura organizacional 3. No promover actualización en temas de impacto para la institución. 4. Reducción en la calidad del servicio 5. Deterioro del clima laboral	X	1. Existe plan de capacitación que cuenta con un seguimiento trimestral. 2. Formatos de Evaluación de desempeño de acuerdo a CHSC. 3. Existe plan de bienestar.	MAYOR	3	REMOTO	3	MUY ALTA	1	9	1. Dar cumplimiento al plan de capacitación y al programa de bienestar programados. 2. Exigir al evaluador de desempeño la concertación de los objetivos con el funcionario a su cargo. 3. Solicitar a la agremiación la adaptación de la evaluación de desempeño a los servidores de la asociación que trabajan en el hospital.
6	Incumplimiento al sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	1. No contar con los procedimientos actualizados de SGSST 2. No contar con equipo multidisciplinario para llevar a cabo la implementación del SGSST	1. Sanciones Disciplinarias 2. Accidentes y enfermedades Laborales. 3. Deterioro de clima laboral.	X	Se cuenta con el programa de salud ocupacional. Y su cronograma de actividades.	MAYOR	3	OCASIONAL	4	ALTA	2	24	1. Revisar y Actualizar los procedimientos de SGSST.

PROCESO: **JURIDICA**

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN CONTROLES		DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCION	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA			
				SI	NO									
1	Que las respuestas emitidas ante las peticiones ciudadanas y demás entidades públicas y/o privadas no sean completas, de fondo y oportunas transgrediendo la ley 1437 de 2011, Ley 1755 de 2015 y la Constitución Política.	1. Error en el traslado de la petición, remitiéndola a persona no competente para dar respuesta. 2. No sistematización de las peticiones allegadas en un esquema de semaforización. 3. Entrespararse con otros documentos.	1. Interposición de tutelas en contra del Hospital por violación al derecho fundamental de petición. 2. Multas y/o sanciones. 3. Inicio de procesos disciplinarios para los funcionarios que no observan el cumplimiento de este tipo de deberes.	X		1. Sistematización en tablas de excel de las peticiones que llegan a la Oficina Jurídica con miras a ejercer control sobre la oportunidad para contestar. 2. Oficio a la persona competente para contestar la petición. 3. Revisión previa de las respuestas que deba conocer el área jurídica para la posterior firma de gerencia.	MENOR	2	REMOTO	3	BAJA	4	24	1. Elaboración oportuna de las respuestas a emitir, con previo visto bueno de asesor para su tramite en Gerencia. 2. Semaforización para el correcto seguimiento en la oportunidad de las respuestas.
2	Demandas contra la entidad, investigaciones, sanciones, multas	1. Falta de oportunidad en la prestación del servicio de salud a los usuarios y/o el indebido procedimiento de atención a los mismos. 2. Desconocimiento o fallos en el ejercicio de la defensa jurídica, la inoportunidad procesal, falta de argumentación y actualización en las etapas procesales surtidas al interior de un proceso ya sea administrativo o judicial.	1. Incumplimiento de normas. 2. Condenas, multas, sanciones administrativas, disciplinarias y/o penales, que pueden conllevar a un detrimento patrimonial.	X		1. Atender diligentemente cualquier solicitud que se haga al Hospital por parte de otras entidades, entes de control y personas naturales y/o jurídicas. 2. Tener seguimiento constante sobre los procesos y/o investigaciones de tipo administrativo que cursan contra el Hospital y el cumplimiento de los terminos. 3. Responsabilidad en las estrategias y mecanismos usados para el ejercicio de la defensa judicial y administrativa.	MENOR	2	REMOTO	3	BAJA	4	24	1. Oportunidad en las respuestas emanadas de la Oficina Jurídica. 2. Asistencia a diligencias necesarias al interior de los procesos. 3. Interposición de los recursos a que haya lugar en el debido tiempo y con la argumentación jurídica necesaria.



## MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Código: GERE-F-001-27

Vigencia: Diciembre 2014

Versión: 02

Página 5 de 8

3	Riesgos en la etapa contractual: 1.No previsión de riesgos durante la ejecución del contrato 2. Incumplimiento por parte del contratista en la entrega de las garantías exigidas. 3.Incumplimiento del objeto y/o obligaciones del contratista.	1.Desconocimiento técnico de la especificidad del bien y/o servicio a contratar. 2.Falta de oportunidad de la ejecución del contrato por ausencia de garantías. 3.Fuerza mayor - caso fortuito, falta de previsión, planeación 4. Falta de seguimiento por parte de los supervisores y/o interventores designados	1. Detrimiento patrimonial originado por sanciones, multas, entre otros perjuicios que se deriven para el Hospital por hechos que afecten las prestaciones del servicio y que se deriven de la ejecución del proceso contractual. 2.interposición de demandas. 3. Inoportunidad o inadecuada prestación del servicio por fallas en la contratación y ejecución de los contratos	X			MAYOR	3	REMOTO	3	MUY BAJA	5	45	1.Analizar los amparos procedentes conforme al bien y/o servicio a contratar. 2.Respecto de la entrega de las garantías se efectúa constante seguimiento telefónico y/o por correo electrónico al contratista para la oportunidad en la entrega de las mismas. 3.Frente al cumplimiento del objeto contractual, recae en el supervisor la responsabilidad de la ejecución del mismo, contando con el apoyo desde la Oficina Jurídica frente a cualquier situación que pudiere generar incumplimiento o alteración en la prestación del servicio
4	Estudios previos superficiales o deficientes	1. No identificar claramente las necesidades de la contratación que se requieran en EL HOSPITAL.	1. Los procesos que surjan en virtud de esos estudios previos pueden irse a desiertos o se puede adjudicar un proceso y en la ejecución se de un incumplimiento	X			MENOR	2	IMPROBABLE	2	MUY BAJA	5	20	1. El documento de Estudios Previos tiene Vo. Bo. Del Profesional de Planeación.
5	Estudios previos direccionados a favor de un contratista, por el personal interesado en el futuro proceso de contratación (Estableciendo necesidades inesistentes, especificaciones que benefician a una firma en particular, entre otros) (RIESGO DE CORRUPCION)	1. Falta de control en los procesos que surjen las necesidades.	1. Responsabilidad disciplinaria, fiscal y penal	X			MENOR	2	IMPROBABLE	2	MUY BAJA	5	20	1. El profesional de Planeación devolverá estudios y documentos previos hasta que cumpla con los objetivos institucionales establecidos.

PROCESO: **CONTROL INTERNO**

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN CONTROLES		DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCION		NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA		
				SI	NO									
1	Perder independencia como evaluador (RIESGO DE CORRUPCION)	Familiaridad o cercanía con la Alta Dirección	Falta de objetividad	X		El jefe de Control Interno es nombrado por la gobernación y no por la gerencia	MAYOR	3	IMPROBABLE	2	ALTA	2	12	Adecuada Selección del personal de auditoría
2	Desconocimiento de la normatividad vigente	1. Falta de Capacitación. 2. Desactualización del Normograma.	Mal asesoramiento a la Alta Dirección	X		Elaboración y actualización del Normograma	MAYOR	3	OCASIONAL	4	ALTA	2	24	Seguimiento a los Normogramas de la Institución.
3	Influencia en las auditorías (RIESGO DE CORRUPCION)	1. Ofrecimiento de dádivas. 2. Amenazas o abuso de autoridad.	1. Impunidad y actos de corrupción. 2. Pérdida de recursos y confiabilidad.	X		Conformación del Comité de Control Interno	PELIGROSO	4	REMOTO	3	BAJA	4	48	Establecer metodología definiendo criterios específicos para la realización de las auditorías
4	Incumplimiento de auditorías	1. Falta de programa de auditorías. 2. Insuficiencia de Recursos	1. Impunidad y actos de corrupción. 2. Pérdida de recursos y confiabilidad.	X		Elaboración del programa de auditoría	CATASTROFICO	5	OCASIONAL	4	ALTA	2	40	Establecer metodología definiendo criterios específicos para la planificación y ejecución de auditorías.
5	Medición tardía de indicadores y seguimiento tardío a planes de mejoramiento	1. Falta de metodología para el seguimiento a los indicadores y planes de mejora.	Carencia de mejora continua en los procesos	X		Conformación del Comité de Control Interno	CATASTROFICO	5	OCASIONAL	4	ALTA	2	40	Establecer metodología definiendo criterios específicos para el seguimiento a los planes de mejora e indicadores

PROCESO: **CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO**

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN CONTROLES		DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCION		NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA		
				SI	NO									
1	Iniciar una investigación disciplinaria sin soportes adecuados	1. Denuncia o queja incompleta, o mal intencionada. 2. Desconocimiento del marco normativo de la acción disciplinaria establecido mediante la ley 734 de 2002 Código Único Disciplinario.	Falta de credibilidad perdida de tiempo	X		1. la investigación donde se termina de recaudar el material probatorio; 2. La evaluación de la investigación que podrá dar como resultado la formulación de pliego de cargos; 3. El cierre y archivo definitivo del proceso.	MENOR	2	OCASIONAL	4	MUY ALTA	1	8	1. Revisar Documento de queja con la identificación plena del usuario o funcionario que formula la denuncia. 2. Socializar la manera de presentar una queja o denuncia.
2	Incumplimiento de normatividad disciplinaria etapas procesales	1. legalidad por el no cumplimiento del procedimiento establecido por la ley	Violación Derechos Nulidad de todo lo actuado. Demandas	X		Aplicación de la norma y las etapas procesales.	MAYOR	3	IMPROBABLE	2	MUY ALTA	1	6	Revisión de la norma en cada proceso Disciplinario
3	Pérdida de Documentos	1. Infraestructura no segura. 2. Deficiencia en el control de salida de documentos.	1. Inoportunidad en el trámite del documento. 2. Reconstrucción del documento.	X		1. Tabla de retención documental. 2. Foliatura de documentos.	MAYOR	3	REMOTO	3	BAJA	4	36	Adecuación del espacio físico y control de ingreso y salida de documentos.



## MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Código: GERE-F-001-27

Vigencia: Diciembre 2014

Versión: 02

Página 6 de 8

PROCESO: **AMBIENTE FISICO**

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN CONTROLES		DESCRIPCION DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCION	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA	
				SI	NO							
1	Fuga de Pacientes	1. Los múltiples accesos en el hospital permiten el ingreso y salida de los pacientes 2. debilidad en el esquema de seguridad 3. perfil de los usuarios	1. Pérdida de recursos financieros. 2. Posibles demandas, eventos adversos.	X		1. Procedimientos de fuga de pacientes. 2. Seguridad privada, cámaras de seguridad, linderos. 3. Llevar un registro de fuga de pacientes en las áreas.	MAYOR	3 OCASIONAL	4 ALTA	2	24	1. Identificar las áreas de fácil acceso 2. Actualizar y socializar el plan de emergencia, incluyendo el manejo de pacientes en caso de evacuación. 3. Adecuación de los puntos críticos identificados en el registro. 4. Evidenciar control por parte de la empresa para los vigilantes
2	Inoportunidad en la entrega de insumos y medicamentos	1. Baja respuesta del proveedor. 2. Debilidad en el cumplimiento del plan de compras. 3. Falta de disponibilidad presupuestal. 4. Falta de comunicación entre servicios 5. Medicamentos o insumos no estén contratados	1. Estancias prolongadas 2. Glosas 3. Complicaciones de pacientes 4. Sobrecostos. 5. Inoportunidad o ausencia en el tratamiento del paciente.	X		Auditoría concurrente	PELIGROSO	4 OCASIONAL	4 ALTA	2	32	1. Cumplir con el plan de compras de la institución. 2. Fortalecimiento de la supervisión e interventoría por parte del Químico Farmacéutico a la gestión dispensación de los medicamentos.
3	Incumplimiento de la normatividad ambiental	1. Sistemas hídricos obsoletos. 2. Cableados improvisados y en mal estado. (consumo energético) 3. Sobrepasar los valores máximos permisibles en la caracterización de vertimientos. 4. Sobrepasar los decibeles de ruido establecidos en la normatividad.	1. Sanciones 2. Demandas 3. Sobrecostos.	X		Caracterización de vertimientos, estudio de emisión de ruidos, comité GAGAS	MAYOR	3 OCASIONAL	4 ALTA	2	24	1. En los sanitarios faltantes reemplazar la grifería por fluid master ahorrador de agua. 2. Terminar de reemplazar las instalaciones improvisadas y tomas eléctricas en mal estado. 3. Caracterización de los vertimientos. 4. Estudio de emisión de ruido. 5. Identificación de las cajas de registro donde descargan todos los vertimientos del hospital. 6. Instalación de trampas de grasa, sedimentador y tanque de homogenización. 7. Construcción de una planta de tratamiento de aguas residuales.
4	Proliferación de Felinos en la Institución	1. Inadecuado manejo de residuos alimenticios en los diferentes servicios 2. Dispensación de alimentos a los felinos por parte de funcionarios 3. Reproducción permanentes de los felinos	1. Infecciones y contaminación 2. Daños a la Infraestructura 3. Mala imagen de salubridad para usuarios	X		1. Implementar barreras de acceso de los Gatos a los servicios 2. Sanción disciplinaria para los funcionarios que alimentan gatos 3. Zoonosis	MAYOR	3 FRECUENTE	5 ALTA	2	30	1. Disposición adecuada de los residuos 2. Capacitaciones al personal sobre la importancia de alimentar los Felinos. 3. Captura de Felinos
5	Débil gestión en la ejecución de los planes de mantenimiento de infraestructura (RIESGO DE CORRUPCION)	1. Dificultad en el mantenimiento de algunas áreas por la antigüedad de la construcción 2. Limitación de recursos 3. Sobrecostos en los contratos por imprevistos de obra 4. Insuficiente personal para cubrir el 100% de las actividades de mantenimiento necesarias	1. Retraso en el cronograma de las actividades establecidas en el plan de Mantenimiento 2. Insatisfacción del cliente interno y externo 3. Deterioro de la infraestructura	X		1. Ejecución del Plan de mantenimiento. 2. Seguimiento a través de Indicadores 3. Diligenciamiento del formato de Ordenes de Servicio	MAYOR	3 FRECUENTE	5 ALTA	2	30	1. Disponibilidad de herramientas, suministros y materiales. 2. Cumplimiento al plan de mantenimiento. 3. Contar con el personal idóneo para la ejecución del plan de mantenimiento.
6	Desastres Naturales	1. Deslizamiento de tierras 2. Deforestación del área 3. Inversión y construcción de viviendas en la loma 4. Incendios forestales 5. Movimiento Telúricos	1. Daños a la infraestructura de la institución. 2. Traslado de usuarios y pacientes. 3. Heridos, muertos. 4. Cierre de servicios	X		1. Se cuenta con el plan Hospitalario de Emergencias e insumos 2. Se cuenta con equipo de Brigada de emergencia	CATASTROFICO	5 REMOTO	3 BAJA	4	60	1. Socializar el plan de emergencia 2. Realizar simulacros de evacuación 3. Se requiere consolidar el grupo de brigadistas en caso de emergencias y que cuenten con las herramientas necesarias.
7	Explosión de tanques de gases y otros	1. El desconocimiento del plan de emergencias 2. No hay capacitación del personal responsable para el manejo de gases 3. Ubicación y manipulación de los Tanques	1. Daños a la infraestructura de la institución. 2. Traslado de usuarios y pacientes. 3. Heridos, muertos. 4. Cierre de servicios	X		Se cuenta con el plan Hospitalario de Emergencias.	CATASTROFICO	5 REMOTO	3 ALTA	2	30	1. Socializar el plan de emergencia y. 2. Capacitar al personal del Hospital por parte de una empresa externa para el manejo de gases. 3. Posible reubicación de los Tanques
8	Evento adverso al paciente por uso de Tecnología	1. Falta de mantenimiento a los equipos 2. Falta de calibración 3. Incumplimiento en el Plan de Tecnovigilancia 4. Demandas	1. Muerte de un paciente 2. Incapacidades a pacientes, 3. Investigaciones por entes reguladores 4. Demandas	X		1. Plan de mantenimiento 2. Cronograma de calibración de equipos 3. Exista Manual de Tecnovigilancia 4. Reportes por parte del INVIMA	MAYOR	3 REMOTO	3 ALTA	2	18	1. Cumplir con el cronograma de mantenimiento de equipos Biomédicos. 2. Cumplir con el cronograma de calibración de equipos Biomédicos. 3. Revisar mensualmente los reportes nacionales e internacionales de informes de seguridad con respecto a la tecnología. 4. Capacitar al personal asistencia acerca de la importancia de reporte por incidente o evento adverso debido a la tecnología. 5. Cumplir con el comité de tecnovigilancia mensual.
9	Pérdida y daño de activos (RIESGO DE CORRUPCION)	1. Deterioro de las plaquetas por manipulación de los equipos. 2. No documentación de los traslados y/o bajas de equipos. 3. No hay oportunidad en el mantenimiento correctivo por falta de un stock que ocasiona demora en la respuesta 4. Falta de capacitación al personal sobre manejo de equipos. 5. Falta de seguridad y custodia de los equipos. 6. Robos de los equipos. 7. Fallas en el fluido eléctrico	1. Deterioro patrimonial. 2. Sobrecostos. 3. Fallas en la prestación del servicio. 4. Insatisfacción del cliente interno y externo.	X		1. Utilización del Formato para el traslado y/o baja de activos fijos. 2. Utilización del Formato orden de mantenimiento 3. Acta Entrega inicial de Activo fijos. 4. Intervención efectiva de la Seguridad privada 5. Seguridad física para equipos 6. Reporte por parte del INVIMA.	MAYOR	3 OCASIONAL	4 ALTA	2	24	1. Socializar el proceso de activos fijos 2. Tener un cronograma de capacitaciones Anual de manejo de equipos biomédicos - Programado con Talento Humano 3. Ejecución del plan de mantenimiento



## MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Código: GERE-F-001-27

Vigencia: Diciembre 2014

Versión: 02


Página 7 de 8

**PROCESO: GERENCIA DE LA INFORMACION**

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN CONTROLES		DESCRIPCION DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCION		NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA		
				SI	NO									
1	<b>Indisponibilidad del sistema</b>	1. Daño por hardware en el servidor. 2. Caída por fluido eléctrico. 3. Daños en el sistema de información por código malicioso 4. Fallos en la red de datos. 5. Control de acceso al sistema operativo.	1. Pérdida de la información 2. Modificación de la información 3. Inportunidad de la atención. 4. Re-proceso	X		1. Ups 2. Recurso humano disponible, antivirus, plan de contingencia	MENOR	2	OCASIONAL	4	ALTA	2	16	1. Realizar pruebas al plan de contingencia
2	<b>Debilidad en la aplicación y socialización de seguridad de la información</b>	Poca capacitación de los funcionarios de la institución en el manejo de la seguridad de la información.	Pérdida de información, cambios en la información, demandas, uso inadecuado.	X		Compendio de políticas de seguridad de la información	MAYOR	3	OCASIONAL	4	BAJA	4	48	Capacitación en el manejo y seguridad de la información
3	<b>Presencia de software no licenciado</b>	Instalación no autorizadas de software	Sanciones por derechos de autor	X		Usuarios estandar presentan restricción para la instalación de software	MAYOR	3	REMOTO	3	BAJA	4	36	Inventario de software
4	<b>Debilidad en la ejecución del plan de mantenimiento</b>	Ausencia del personal o no contratación para la ejecución del plan de mantenimiento	Daño a equipos, instalación de software legal.	X		Plan de mantenimiento y cronograma	MENOR	2	OCASIONAL	4	ALTA	2	16	Auditorías internas
5	<b>Daño en equipos de computo por energía eléctrica no regulada</b>	Ausencia del personal o no contratación para la ejecución del plan de mantenimiento	Daños en equipos, fallas en las aplicaciones y pérdida en la continuidad de la prestación del servicios.	X		UPS orientadas a soportar los equipos críticos de comunicación y servidores en el centro de computo	PELIGROSO	4	OCASIONAL	4	ALTA	2	32	Respaldo con ups a equipos sensibles de la plataforma tecnológica.
6	<b>Ausencia de un sistema de gestión de la seguridad de la información</b>	Debil concientización colectiva sobre la importancia de clasificar, valorar y asegurar los activos de información	Debilidad en el manejo de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información	X		Compendio de políticas de seguridad de la información	MAYOR	3	FRECUENTE	5	BAJA	4	60	Implementar un sistema de gestión de seguridad de la información
7	<b>Debido a que no existe un protocolo de informe de novedades de RH hacia TI, se pueden presentar accesos no autorizados a los Sistemas de Información (RIESGO DE CORRUPCION)</b>	Debil comunicación entre el área de talento humano y sistemas de información respecto al personal que ingresa o sale de la institución	Acceso no autorizado, pérdida de información, cambios en la información por el personal retirado	X		Formato para notificar las novedades de ingreso o retiro de personal	MAYOR	3	OCASIONAL	4	BAJA	4	48	Elaborar y socializar procedimiento para la notificación de novedades de personal a sistemas de información.

**PROCESO: ASISTENCIAL**

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN CONTROLES		DESCRIPCION DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCION		NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA		
				SI	NO									
1	<b>Pérdida de la oportunidad prestación de los servicios asistenciales por consulta externa.</b>	1. Fallos en la aplicabilidad de los procedimientos y conocimiento de la norma. 2. Debilidades en el apoyo logístico Hospitalario. 3. Debilidad en la orientación de los pacientes particulares.	1. Incumplimiento a las normas vigentes 2. Insatisfacción del usuario 3. Proceso del paciente	X		1. Instalación de software para medir los tiempos de asignación de citas ambulatorias. 2. El servicio del SIAU, diariamente esta pendiente de llamar los pacientes a atender por horas para priorizar la facturación y así optimizar el paciente oportunamente.	MAYOR	3	FRECUENTE	5	BAJA	4	60	1. Medir los tiempos de oportunidad de citas. 2. Intervenir las causas con citas prioritarias cuando se requiera. 3. Hacer seguimiento diario al llamado de pacientes por hora en sala de espera.
2	<b>Fallas en el ingreso del paciente al servicio.</b>	1. No aplicación del procedimiento adecuado de acuerdo a la situación documental del paciente. 2. Falta de orientación y señalización de los puntos de atención (admisión, cajas) 3. Falta de verificación de los documentos del paciente a la hora de asignar la cita. 4. Falta de ingreso del número de autorización a la hora de asignar la cita. 5. Falta de legalización a la hora de facturar la cita.	1. Pérdida del paciente. 2. Inasistencia del paciente 3. Pérdida de recursos	X		1. Seguimiento a paciente en R-las y software PANACEA. 2. Procedimiento ingreso de paciente. 3. Direcionar al paciente directamente a consulta externa después de facturar la consulta.	PELIGROSO	4	OCASIONAL	4	BAJA	4	64	1. identificación de las fallas en el ingreso al paciente 2.Revisión periodica de los dos software existentes para garantizar el registro de los paciente. 3.Iniciación de software integral. 4.Verificar que al asignar la cita se ingrese el número de la autorización para que facturación pueda legalizar la consulta y el médico especialista realice la historia clínica en el software PANACEA

 <b>MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONAL</b>										<b>Vigencia: Diciembre 2014</b>			
										<b>Versión: 02</b>			
										<b>Página 8 de 8</b>			
3	Fallas en la atención del triage	1. Fallas en la aplicabilidad de los procedimientos y conocimiento de la norma. 2. Debilidades en el apoyo logístico Hospitalario. 3. Rotación de personal	1. Incumplimiento a las normas vigentes	X	Instalación de software para medir los tiempos de triage.	CATASTRÓFICO	5	OCASIONAL	4	ALTA	2	40	1. Medición de la demanda. 2. Fortalecer el triage 3. Implementación del software en el servicio de urgencias lo cual hace que se pueda identificar y medir los tiempos del triage
4	Fallas en los registros clínicos.	1. Registros no diligenciados. 2. Letra ilegible. 3. Debilidad en la supervisión del docente encargado de los estudiantes.	1. Riesgos para el usuario 2. Posibles demanda 3. Mayores costos, glosas y reproceso.	X	1. Formatos historia clínica. 2. Comité de historia clínica. 3. Pre auditoría. 4. Auditoría concurrente. 5. Indicador de adherencia 6. Realización de la historia clínica en el software PANACEA (consulta externa).	MENOR	2	OCASIONAL	4	ALTA	2	16	1. Seguimiento por comité de historias clínicas. 2. Plan de mejora individual 3. Sistematización de la historia clínica. 4. Pre-Auditoría 5. Facturación en cada servicio
5	Debilidad en el proceso de seguridad del paciente	1. Debilidad en la adherencia al protocolo. 2. Debilidad en los procesos de inducción y reintroducción	1. Evento adverso e incidentes. 2. Glosas. 3. Demandas.	X	Manual de seguridad del paciente	CATASTRÓFICO	5	OCASIONAL	4	ALTA	2	40	1. Socialización del protocolo de seguridad del paciente. 2. Medición de adherencia al protocolo de seguridad del paciente. 3. Fortalecer el proceso de inducción y reintroducción
6	Fallas en los dispositivos médicos y equipos biomédicos.	1. Fallas de fluido eléctrico. 2. No seguimiento al plan de mantenimiento de equipos biomédicos 3. Reusó de Dispositivos médicos. 4. Compra de dispositivos no adecuados. 5. Debilidad en el proceso de capacitación de equipos biomédicos.	1. Incidentes asistenciales. 2. Eventos adversos. 3. Insatisfacción del paciente. 4. Demandas	X	1. Programa de tecnovigilancia	PELIGROSO	4	REMOTO	3	ALTA	2	24	1. Fortalecimiento de inducción y re inducción frente a los dispositivos y equipos biomédicos. 2. Elaboración y socialización de la política del no reusó. 3. Fortalecer programa de tecnovigilancia 4. Programación de mantenimiento de acuerdo al uso de los equipos biomédicos.
7	Estancia prolongada.	1. Paciente sin red de apoyo familiar. 2. Dificil ubicación casa hogar. 3. No oportunidad en respuesta de la red de las EPS	1. Infección nosocomial. 2. Glosas. 3. Incumplimiento de las metas e indicadores	X	1. Pre auditoría. 2. Auditoría concurrente. 3. Indicador de adherencia 4. Gestión por trabajo social	MENOR	2	OCASIONAL	4	ALTA	2	16	1. Identificación de las condiciones socioeconómicas y red de apoyo desde el ingreso. 2. Solicitar apoyo a los entes de control. 3. Registro en la historia clínica de los procesos administrativos en cada turno. 4. Vigilancia diaria a través del censo, el cual indica número de días de estancia
8	Manejo de pacientes en condiciones especiales (física, mental, comportamental, religiosas)	1. Deficiencia en metodología de manejo de estos pacientes. 2. Falta de algunos protocolos. 3. No hay medición de adherencia de los protocolos existentes.	1. Fuga de pacientes. 2. Riesgo de evento adverso e incidente 3. Accidente laboral	X	1. Protocolo de paciente agitado 2. Protocolo de fuga 3. Política de humanización	MAYOR	3	REMOTO	3	MUY ALTA	1	9	1. Socialización de los protocolos existentes. 2. Elaboración de política y manual para manejo de pacientes especiales. 3. Socialización en el servicio de urgencias.
9	Fallas en el proceso de ayuda diagnóstica.	1. Error en el procedimiento en la toma de ayuda diagnóstica. 2. Inadecuado registro de datos identificación del paciente.	1. Incidentes asistenciales 2. Eventos adversos 3. Insatisfacción del paciente 4. Demandas 5. Estancia prolongada.	X	Protocolos de ayudas diagnósticas.	MENOR	2	OCASIONAL	4	ALTA	2	16	1. Fortalecimiento y socialización a los protocolos de ayudas diagnósticas. 2. Seguimiento a no conformes de ayudas diagnósticas. 3. Seguimiento a indicadores de oportunidad e entrega de resultados.

PROCESO: **COMUNICACIONES**

No.	RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO	EXISTEN CONTROL		DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	SEVERIDAD	FRECUENCIA	DETECCION	NIVEL DE CRITICIDAD	ACCIONES PREVENTIVAS O DE MEJORA			
				SI	NO									
1	Mal uso de los canales de comunicación interna y Externa, carteleras, bazones de sugerencias (RIESGO DE CORRUPCIÓN)	1. Información desarticulada entre las diferentes áreas, los procesos y centros de atención 2. No despliegue de información por parte de los diferentes líderes del proceso 3. No conocimiento ni adherencia en el reglamento de uso de las carteleras. 4. Usar los canales de comunicación para intereses personales	Perdida de la Credibilidad de la Institución-Desinformación por parte de los diferentes grupos de interés- Falta de sentido de pertenencia-No acceso oportuno a la información institucional	X		1. Política de Comunicaciones 2. Comité de Comunicaciones 3. Procedimiento de comunicación Institucional 4. Registro de Monitoreo medios 5. Encuesta Comunicacional. Reglamento de Carteleras	MENOR	2	OCASIONAL	4	ALTA	2	16	1. Socializar el Plan de comunicaciones y el procedimiento 2. Monitoreo de redes sociales 3. Diseño y elaboración de Piezas Comunicativas
2	Limitación de recursos para el cumplimiento del programa	1. No existe presupuesto 2. Recursos escasos	1. No cumplimiento del programa de comunicaciones.		X		MENOR	2	FRECUENTE	5	ALTA	2	20	1. Solicitar presupuesto.
3	Contaminación visual	1. Utilización de espacios no adecuados para publicar información no autorizada por parte de los usuarios.	1. Desinformación a los usuarios. 2. 3. Desconfianza Pérdida de identidad institucional	X		1. Recorrido quincenal para identificar y quitar los avisos no autorizados.	MENOR	2	OCASIONAL	4	ALTA	2	16	1. Recorrido quincenal para identificar y quitar los avisos no autorizados.

Elaborado por: Oficina Control Interno	Aprobado por: JUAN CARLOS MARTINEZ Gerente
-------------------------------------------	--------------------------------------------------