ACTO ADMINISTRATIVO DE ADOPCION MAPA DE	**RESOLUCIÓN No 461** (Agosto 13 de 2018), POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA EL MAPA DE RIESGOS DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO.
POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO	El Hospital Departamental Mario Correa Rengifo E.S.E. consiente que en el desarrollo de sus actividades ocurren Riesgos inherentes a los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, los cuales pueden afectar el cumplimiento de los objetivos de la entidad, identifica mecanismos de control para administrarlos, en donde se comprende el análisis, valoración, tratamiento, seguimiento y evaluación de los mismos con el fin de cumplir con las metas y objetivos institucionales, mediante: 1. Identificación, análisis y evaluación de los riesgo por procesos. 2. Definición de acciones de mejoramiento, con el fin de asegurar la prevención del riesgo por procesos. 3. La revisión periódica del mapa de riesgos para evaluar la efectividad de las acciones de mejora.

Mapa de Riesgo Inherente

PROBABILIDAD		Insignificante 1	Menor 2	Moderado 3	Mayor 4	Catastrófico 5
Casi seguro	5	51	52	53	54	55
Probable	4	41	42	43	44	45
Posible	3	31	32	33	34	35
Improbable	2	21	22	23	24	25
Raro	1	11	12	13	14	15

IMPACTO

Extremo	
Alto	
Moderado	
Bajo	

N° PROCESO	CLASIFICACION	PROCESO	OBJETIVO POR PROCESO	RIESGO	CLASIFICACIÓN O TIPO DE RIESGO	CAUSA DEL RIESGO	EFECTO DEL RIESGO (Consecuencias)	PROBABILIDAD	IMPACTO			VALORACION DEL RIESGO INHERENTE	TRATAMIENTO DEL RIESGO
1	Direccionamiento Estratégico	Direccionamiento Estratégico	Definir e implementar directrices que faciliten el cumplimiento del los objetivo o organizacionales a través del diseño, la formulación, desarrollo, seguimiento y evaluación de proyectos, programas y procesos que sirven gestión y la mejora continua de la organización.	1 Incumplimiento a las metas y/o objetivos del plan de desarrollo	Estratégico	1 Falta de seguimiento a los planes, programas, proyectos e informes derivados de la planeacion estrategica de la entidad 2 Enfoque Insuficiente del proceso de planeación estrategica 3 Baja Gestión y/o Competencia de los líderes y/o responsables del plan de desarrollo 4 Situaciones del entorno que cambian agresivamente la condición institucional 5 Inadecuada asignación de recursos en el Plan financiero 6 Desacierto en la toma de decisiones y/o elaboracion de informes	1. Perdida de imagen y credibilidad institucional 2. Sanciones legales y demas acciones Juridicas 3. Insolvencia del negocio 4. Baja Productividad	Muy Baja	1	Leve	1	11 Muy Bajo	Reducir el riesgo
				2 Toma de Decisiones Inadecuada por fallas en la interacción de los comites institucionales o normativos con la alta dirección	Cumplimiento	7 Falta de adherencia al Procedimiento de Comités institucionales 8 Ausencia de metas claras y roles de los comites institucionales	1. Sanciones legales y demas acciones Juridicas 2. Baja Productividad	Posible	3	Moderado	3	33 Alto	Reducir el riesgo
				3 Sanciones de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control	Estratégico	9 Incumplimiento a las fechas establecidas dentro del cronograma inicial de cada vigencia (Normatividad legal aplicable) 10 Falta de verificación a la normatividad legal vigente y cambios de las mismas	1. Sanciones legales y demas acciones Juridicas 2. Baja Productividad 3. Perdida de imagen y credibilidad institucional 4. Toma inadecuada de decisiones	Raro	1	Mayor	4	14 Alto	Reducir el riesgo
				4 Indecuada gestion de los controles, que no mitiguen los riesgos identificados	Operativo	11 Falta de adherencia al Programa de Riesgos o Desconocimiento de la metodología para identificación y valoración de riesgos, de acuerdo a los lineamientos emitidos por funcion publica 12 Inadecuada identificación de riesgos y causas 13 Falta de interacción o interrelación entre los sistemas de gestion (Ambiental, SGSST, Calidad)	1. Sanciones legales y demas acciones Juridicas 2. Insostenibilidad del negocio 3. Perdida de imagen y credibilidad institucional 4. Toma inadecuada de decisiones	Posible	3	Mayor	4	34 Extremo	Reducir el riesgo
				5 Posibles sanciones a causa del incumplimiento a la ejecución de proyectos (recursos monetarios, personas, planificación de tiempos... ETC)	Cumplimiento	14 Desviación de los recursos 15 Inadecuada Elaboración y publicación de documentos precontractuales 16 Mala planificación para la ejecución del proyecto 17 Incumplimiento a las especificaciones minimas solicitadas en el proyecto	1. Perdida de imagen y credibilidad institucional 2. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales y pecuniarias 3. Detrimento patrimonial	Probable	4	Mayor	4	44 Extremo	Reducir el riesgo
2	Misional	Atención al Usuario	Fortalecer la relación entre el usuario y su familia con todas las actividades de la entidad necesarias para el uso adecuado y oportuno de los servicios ofrecidos por el hospital.	1 Instatisfación del cliente externo por el no cumplimiento de las expectativas durante el proceso de atención	Imagen	1 Inoportunidad en la asignación de citas 2 Inoportunidad en erl proceso de Programación de cirugia 3 Demoras en el proceso de atención 4 Comunicación no asertiva relacionada al lenguaje inapropiado	1. Perdida de imagen y credibilidad institucional 2. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales	Posible	3	Menor	2	32 Moderado	Reducir el riesgo
				2 Sanciones por parte de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control (informes-indicadores...)	Estratégico	5 Desconocimiento de la normatividad aplicable 6 Incumplimiento a las fechas establecidas dentro del cronograma inicial de cada vigencia (Normatividad legal aplicable)	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales y Pecuniarias 2. Perdidad de Imgen y credibilida Institucional 3. Destitución del representante legal	Raro	1	Moderado	3	13 Moderado	Reducir el riesgo
				Logo incluyen diagnostico, tratamiento, cura, continua, segura		1 Falta de disponibilidad de los profesionales contratados para la prestación del servicio 2 Movimiento, rotación y/o retiro del talento Humano	1. Sanciones legales y demas acciones						

N° PROCESO	CONTROLES	SOPORTE Y/O DOCUMENTO RELACIONADO	RESPONSABLE DEL CONTROL	INDICADOR, META Y RESULTADO (Calidad-Planeación-Líder de proceso) (NOMBRE-ID-META)				PERIODICIDAD	PROBABILIDAD	IMPACTO			VALORACION DEL RIESGO RESIDUAL	Efectividad en la ejecucion del control	SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL
1	1 A traves del comité administrativo y/o de indicadores, realizar seguimiento a los indicadores estrategicos y establecer plan de acción, si aplica	Tablero de mando	Gestion de Calidad Planeación	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional (Plan Operativo)	GERE-1	Creciente	90%	Mensual	Muy Baja	1	Leve	1	11 Muy Bajo	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	De acuerdo a la metodologia establecida de Gestión de indicadores y se seguimiento al PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 "MARIO HACE.. MARIO SUEÑA", desde la subdirección administrativa, Oficina asesora de planeación y Gestión de Calidad, se realiza seguimiento a los indicadores del plan de desarrollo y PLAN DE GESTIÓN, los cuales tienen una meta mensual del 90%, anexo a esto se registra un porcentaje acumulado el cual debe ser del 8% mensual, evidenciandose con corte al 31 de marzo nos encontramos en el 22% acumulado, incumpliendo en el 1%, es importante mencionar que se establecen los respectivos planes de acción en cada comite de seguimiento.
	2 Realizar talleres de planeación con los lideres de procesos al iniciar la vigencia	Plan de desarrollo	Planeación Evaluación del gerente	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional (Plan Operativo)	GERE-1	Creciente	90%	Mensual						1.Fuerte (siempre se ejecuta)	
	3 Medir el desempeño de los funcionarios de la institución, teniendo en cuenta el manual de funciones y la metodología establecida para evaluar desempeño y competencias	Evaluación de desempeño (CNSC)	Talento Humano	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional (Plan Operativo)	GERE-1	Creciente	90%	Mensual						1.Fuerte (siempre se ejecuta)	
	4 Revisión y actualización del POA, teniendo en cuenta los cmabios en el entorno y resultados de evaluación de la vigencia anterior	Plan operativo Anual	POA	Gestión de ejecución del plan de desarrollo institucional (Plan Operativo)	GERE-1	Creciente	90%	Mensual						1.Fuerte (siempre se ejecuta)	De acuerdo a la metodologia establecida de Gestión de indicadores y se seguimiento al PLAN DE DESARROLLO 2020-2023 "MARIO HACE.. MARIO SUEÑA", desde la subdirección administrativa, Oficina asesora de planeación y Gestión de Calidad, se realiza seguimiento a los indicadores del plan de desarrollo y PLAN DE GESTIÓN, los cuales tienen una meta mensual del 90%, anexo a esto se registra un porcentaje acumulado el cual debe ser del 8% mensual, evidenciandose con corte al 31 de marzo nos encontramos en el 22% acumulado, incumpliendo en el 1%, es importante mencionar que se establecen los respectivos planes de acción en cada comite de seguimiento. Algunas situaciones que se presentaron durante la vigencia anterior sigue afectando el cumplimiento de las metas, tal como ha sido la pandemia causada por COVID-19, anexo a esto es importante mencionar tambien que las intervenciones a las diferentes EPS, tambien son otro factor importante de mencionar
	5 Revisión de la ejecución y distribución del presupuesto, teniendo en cuenta los rubros asociados a la planeación estrategica	Plan Financiero	Plan financiero	Seguimiento Riesgo financiero	GAFI-11	Decreciente	100%	Mensual						1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Entre el área financiera y oficina asesora de planeación, se realiza alineación de los rubros al plan de desarrollo en cada vigencia, esto es con el objetivo de fortalecer el proceso de contratación y control de presupuesto Bajo la RESOLUCIÓN 1342 de 29 de Mayo 2019, el indicador de riesgo fiancieiro no aplica para medición y calificación en la institución a causa de la emerencia sanitaria causada por COVID-19
	6 Revisión de la información suministrada por los procesos administrativos y asistenciales	Informes Tablero de Mando de indicadores	Informes de gestión	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A						1.Fuerte (siempre se ejecuta)	la gerencia y subdirecciones monitorean los servicios y procesos administrativos, de acuerdo a los indicadores que los miden, anexo a esto se evidencia cumplimiento a dichas reuniones, ademas de ello los informes a presentarse a diferentes entes de control, son revisados por los mismo, dando su aprobación
	7 Medir adherencia al procedimiento de Comites institucionales a traves del indicador de medición	Planilla de indicadores	Procedimiento de comites institucionales Resolucion de comites (aplicables)	Seguimiento a Comites	GERE-6	Creciente	90%	Mensual	Posible	3	Moderado	3	33 Alto	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Realizando seguimiento al indicador de comites institucionales, se logra evidenciar que se ha venido cumpliendo con la realización de cada uno de los comites normativos, no obstante se han presentado dificultades en el diligenciamiento del acta en el sistema de información, existe una brecha no significativa en el cargue de actas en el sistema de información
	8 Revisar y actualizar resoluciones de comites institucionales que requieran cambios en sus estructura														Anualmente se realiza revisión y ajustes a las metas, de acuerdo a la culminación y cierre del año anterior, durante el mes de enero del presentre año, se establecieron las metas alcanzar y mensualmente se realiza seguimiento a dichas metas, a traves de gestión de indicadores, se hace mencionar que los indicadores que no cumplen con las metas establecidas deben realizar un plan de acción
	9 Adherencia al cronograma para seguimiento a reportes, el cual fue establecido por cada líder de proceso según los informes aplicables a cada una de sus áreas, notificando semanalmente los reportes e informes que se deben presentar	Cronograma de Reportes a entes externos	Jefe del Proceso de Atención al usuario Oficina asesora de planeación	Informes entregados	GERE-3	Creciente	100%	Mensual	Raro	1	Mayor	4	14 Alto	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Durante el mes de enero el área der planeación en conjunto de cada lider de proceso y/o involucrados se realiza la actualizacíónde la matriz de reportes a entes de control, identificando que la institución esta obligado a cumplir con 175 de reportes, con una incidencia anual de 1185 veces , anexo a esto se realiza recomendación y responsabilidad a cada involucrado, de los cuales el área de direccionamiento estrategico (PLANEACIÓN), tiene la responsabilidad de generar 12 reportes con diferentes periodicidades, con corte al 30 de abril del presente año se evidencia el cumplimiento al 100%, contando con las evidencias
	10 Actualizar el normograma del proceso de Direccionamiento	Normograma Institucional	Oficina Jurídica	% De cumplimiento en la actualización del normograma	JURI-4	Acumulado Creciente	100%	Mensual							De acuerdo a algunas actividades planeadas en el pamec de la vigencia 2021, se logra alcanzar 23 actualizaciones de normogramas, las cuales corresponden a 23 procesos, no obstante se identifica que 1 proceso no se vio en la necesidad de realizar actualización, el soporte reposa en la oficina jurídica y oficina de calidad por gestión de información documentada, en lo corrido del año, la institución no se ha visto en la necesidad de actualizar el normograma institucional
	11 Socialización del programa de riesgos	Programa de Gestión de Riesgos	Oficina asesora de Planeación	Cumplimiento al programa de gestion de riesgo	GERE-7	Creciente	80%	Cuatrimestral	Posible	3	Mayor	4	34 Extremo	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	De acuerdo a las circulares externas emitidas por la super salud, la institución se encuentra en la actualización de siguiente documentación, la cual debe ser presentada a la junta directiva: 1. Reglamento de junta directiva 2. Estatuto de junta directiva 3. Creación del comite de riesgos 4. Politica de administración de riesgos 5. Manual de gestión de riesgos 6. Matriz de riesgos (incluyendo los riesgos prioritarios)
	12 Revisión de la guia de función publica y establecer procedimiento de identificación de riesgos														
	13 Alineación del programa de riesgosa con los diferentes sistemas de la institución														
	14 Generar extracto y/o certificación bancaria en donde se garantice el flujo de los recursos	Certificación Bancaria	Ordenador del gasto Jefe área	N/A	N/A	N/A	N/A		Probable	4	Mayor	4	44 Extremo	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	N/A
	15 A traves de la auditoria al proceso de contratación, establecer las principales causas de la inoportunidad en la etapa contractual y elaborar plan de acción si aplica	Procedimiento de contratación Procedimiento de auditorias internas	Oficina de Contratación	Oportunidad en la contratación	GECO-1	Decreciente	15	Mensual						1.Fuerte (siempre se ejecuta)	De acuerdo al analisis del indicador y con corte al mes de marzo del presente año, se identifican 75 contratos, de los cuales han venido cumpliendo con la meta establecida desde la etapa contractual y la fecha en la cual se firma el convenio, no obstante se realizan recomendaciones a los supervisores de contrato, en cuanto a la consecución de documentos, puesto que se han visto algunas demoras y/o falencias en las mismas
	16 Realizar seguimiento al cumplimiento de los tiempos a traves del acta de supervisión de cada proyecto	Acta de supervisión Procedimiento de Contratación	Supervisor del contrato Oficina de contratación	Oportunidad en la contratación	GECO-1	Decreciente	15	Mensual						1.Fuerte (siempre se ejecuta)	De acuerdo al analisis del indicador y con corte al mes de marzo del presente año, se identifican 75 contratos, de los cuales han venido cumpliendo con la meta establecida desde la etapa contractual y la fecha en la cual se firma el convenio, no obstante se realizan recomendaciones a los supervisores de contrato, en cuanto a la consecución de documentos, puesto que se han visto algunas demoras y/o falencias en las mismas
	17 Accionar polizas de acuerdo a las caracteristicas contractuales	Acta de supervisión Procedimiento de Contratación	Oficina de Contratación	Oportunidad en la contratación	GECO-1	Decreciente	15	Mensual						1.Fuerte (siempre se ejecuta)	De acuerdo al seguimiento y auditoria al proceso de contratación se evidencia que no ha existido la necesidad de accionar polizas frente a un posible incumplimiento, puesto que se realiza seguimiento a las actas de supervisión y en general al proceso contractual evidenciando el cumplimiento por parte de los mismos proveedores e institución
2	1 Realizar seguimiento a la principal causa de cancelación de citas y establecer plan de acción si aplica	Procedimiento de Asigación de citas	Jefe Oficina de atención al Usuario	Demanda Insatisfecha consulta ambulatoria	SIAU-9	Decreciente	10%	Mensual	Posible	3	Menor	2	32 Moderado	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Se realiza seguimiento al primer trimestre del año, evidenciando que durante el mes de enero se programaron 1748 consultas, Asignadas: 193 -Legalizadas: 28 -Atendidas: 1637 Demanda insatisfecha 28+193= 11,9% Se observa una disminución gracias a las estrategias desde el servicio de ambulatorio. En febrero de 2022 se programaron 2426 consultas especializadas de las cuales 390 no fueron atendidas, canceladas. -Asignada: 186 -Atendidas: 2036 -Cancelada: 169 -Legalizada: 135 En marzo de 2022 se programaron 2269 consultas especializadas de las cuales 345 no fueron atendidas, canceladas. -Asignada: 190 -Atendidas: 1924 -Cancelada: 137 -Legalizada: 18 Registrando un acumulado desfavorable, puesto que representa el 15% de instalsfacción de los pacientes para con el hospital
	2 Medir adherencia a la oportunidad en programación de CX y establer plan de acción si aplica	Porcedimiento de Cirugia	Jefe de Cirugia	Oportunidad de realización de Cirugía Programada	CIRU-6	Decreciente	30	Mensual						1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Se evalua el indicador de cirugia programada, en el cual se evidencia que 868 cirugias fueron programadas y sumando los dias de demora en cada cirugia son 4196 dias, promediando estos 3 meses el indicador se encuentra cumpliendo la meta establecida de menor a 30 dias en la realización del procedimiento, este promedio esta en 10 dias, no obstante el mes mas alto fué el mes de febrero con 17 dias
	3 Medir la insatisfacción del cliente interno e identificar las principales causas de instalsfacción a traves de los indicadores establecidos	procedimiento de PQRS	Jefe de atención al Usuario	Porcentaje de quejas sobre atenciones	SIAU-12	Decreciente	10%	Mensual						1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Durante el primer trimestre del año se han realizado 13550 atenciones, de las cuales 40 de ellas han tenido quejas, estas han sido gestionadas por el área de atención al usuario y sde puede verificar a traves del indicador de cumplimiento acción de PQRS
	4 Capacitar al personal ¡jefe de procesos como primera instancia) en el uso de lenguaje claro (CURSO DNP)	N/A	Talento Humano	Cumplimiento a plan institucional de capacitación	TAHU-1	Creciente	90%	Mensual						1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Hasta el momento ningun funcionario ha realizado el curso de lenguaje claro, se programará para el segundo semestre del año, el personal de atención al usuario
	5 Actualizar el normograma del proceso de Atención al Usuario	Normograma Institucional	Oficina Jurídica	% De cumplimiento en la actualización del normograma	JURI-4	Acumulado Creciente	100%	Mensual	Raro	1	Moderado	3	13 Moderado	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	De acuerdo a algunas actividades planeadas en el pamec de la vigencia 2021, se logra alcanzar 23 actualizaciones de normogramas, las cuales corresponden a 23 procesos, no obstante se identifica que 1 proceso no se vio en la necesidad de realizar actualización, el soporte reposa en la oficina jurídica y oficina de calidad por gestión de información documentada, en lo corrido del año, la institución no se ha visto en la necesidad de actualizar el normograma institucional
	6 Adherencia al cronograma para seguimiento a reportes, el cual fue establecido por cada líder de proceso según los informes aplicables a cada una de sus áreas, notificando semanalmente los reportes e informes que se deben presentar	Cronograma de Reportes a entes externos	Jefe del Proceso de Atención al usuario Oficina asesora de planeación	Informes entregados	GERE-3	Creciente	100%	Mensual						1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Durante el mes de enero el área der planeación en conjunto de cada lider de proceso y/o involucrados se realiza la actualizacíónde la matriz de reportes a entes de control, identificando que la institución esta obligado a cumplir con 175 de reportes, con una incidencia anual de 1185 veces , anexo a esto se realiza recomendación y responsabilidad a cada involucrado, de los cuales el área de direccionamiento estrategico (PLANEACIÓN), tiene la responsabilidad de generar 12 reportes con diferentes periodicidades, con corte al 30 de abril del presente año se evidencia el cumplimiento al 100%, contando con las evidencias
	1 Realizar seguimiento al cumplimiento de las metas en consulta externa a traves de los indicadores, e identificar cual es la principal causa de insatisfacción y/o inoportunidad en el servicio	Plantilla de Indicadores	Jefeb de Ambulatorios	Cumplimiento de metas Todas las consultas	AMBU-17	Creciente	90%	Mensual						1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Se realiza seguimiento al indicador de metas de consulta evidenciando que durante el mes enero la meta de consultas quedo por debajo de la meta en un 36% y en el mes de febrero este incumple tambien, pero con un porcentaje menos significativo al anterior, esta vez este incumple en el 1%, el el mes de marzo la meta fué superada en el 5%, observandose el incremento de pacientes a pesar de continuar en la emergencia sanitaria
	2 Realizar seguimiento a las principales causas de la rotación del personal, a traves del analisis de indicadores	Plantilla de Indicadores	Talento Humano	Oportunidad de suministro de personal	TAHU-2	Decreciente	15	Mensual						1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Evaluando el primer trimestre del año 2022, evidencia que durante dos mese sse cumple con la meta de suministro de personal menos a 15 dias, no obstante durante el mes de febrero este indicador volo la meta superandola en 18 dias, esto a causa de que no se contaba con hojas de vida que se ajustaran al perfil y/o cargo a suplir

| | | |

| | | |

		O	Gestionar los procesos de electrofisiología biomédica.	4	Deterioro en la infraestructura de la institución, generando inconformidad en el cliente interno y externo	Operativo	11	Inoportunidad en el proceso de adquisición de materiales y demas insumos necesarios para dar cumplimiento al plan de mantenimiento	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Perdida de imagen y credibilidad institucional 3. Imposibilidad de prestar servicios y facturar 4. Lesiones y/o daños en la integridad física de personal interno y externo	Posible	4	Catastrófico	5	45	Extremo	Reducir el riesgo	11	Dando cumplimiento a la clausula establecida del contrato por medio de la lista de chequeo de las obligaciones contractuales	1. Lista de chequeo de Obligaciones contractuales 2. Acta de supervisión	Profesional Universitario (mantenimiento) Oficina Jurídica Supervisor de contrato	Oportunidad en la contratación	GECO-1	Decreciente	15	Mensual	Posible	4	Catastrófico	5	5		1.Fuerte (siempre se ejecuta)	De acuerdo al manual de contratación, se establece que cada proceso de una entidad del estado debe realizarse bajo publicación y/o oferta publica, minimizando el riesgo de corrupción, por tanto siempre se evaluan las propuestas de los proveedores u oferentes, escogiendo asi el menor valor y buena calidad del bien y/o servicio, por tanto no se evidencia materialización en el favorecimiento de terceros para celebración de contratos
							12	Incumplimiento en los tiempos de entrega de las actividades y obras										12	Realizar seguimiento periodico a los tiempos establecidos para los mantenimientos de las diferentes areas	1. Cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo 2. Plantilla de indicadores	Profesional Universitario (mantenimiento)	Cumplimiento a Mantenimiento Programado de infraestructura	GTEM-9	Creciente	90%	Mensual							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Durante el primer trimestre del año se programaron 110 actividades, de las cuales 10 de ellas no han posido ser atendidas, en este indicador tambien se evidencia la programación de mantenimiento a vehículos, este indicador se encuentra incumplendo la meta acumulada, puesto que deberia estar superior al 90% y se ecneuntra en el 83%, las causas de incumplimiento al indicador se debe a falta de recursos
							13	No contar con el personal suficiente para ejecutar actividades de mantenimiento a la infraestructura										13	Realizar solicitud de personal al área de talento humano (teniendo en cuenta perfil y contenecias del cargo)	1. Fomato de solicitud de personal (aprobada) 2. Procedimiento de selección, Vinculación y Contratación	Profesional Universitario (mantenimiento) Oficina de talento Humano Subdirección administrativa y financiera	Oportunidad de suministro de personal	TAHU-2	Decreciente	15	Mensual							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Evaluando el primer trimestre del año 2022, evidencia que durante dos mese sse cumple con la meta de suministro de personal menos a 15 días, no obstante durante el mes de febrero este indicador volo la meta superandola en 18 días, esto a causa de que no se contaba con hojas de vida que se ajustaran al perfil y/o cargo a suplir
							14	Falta de compomiso por parte del personal interno y externo referente al cuidado y buen uso de la infraestructura										14	Realizar campañas de cuidado del ambiente físico	1. Herramientas audiovisuales 2. Listado de asistencia	Oficina de mantenimiento y apoyo logístico hosoitalario	N/A	N/A	N/A	N/A							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Se promueven estrategias para el cuidado y mantenimiento del ambiente físico, no osbstnte se planean mas actividades a realizar a traves de la chiva acreditadora
				5	Posibilidad de afectación de la integridad física y clínica de los pacientes y/o funcionarios, asociada a la oportunidad en el mantenimiento y/o uso de vehículos	Estratégico	15	No contar con proveedor que de respuesta a las necesidades de la institución	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Perdida de imagen y credibilidad institucional 3. Imposibilidad de prestar servicios y facturar 4. Incidentes y eventos adversos 5. Incidentes y accidentes laborales	Posible	3	Moderado	3	33	Alto	Reducir el riesgo	15	Realizar carta de necesidad y solicitar viabilidad a la gerencia encargada y hacer seguimiento al contratista a traves de la lista de chequeo y acta de supervisión	1. carta de necesidad 2. Lista de chequeo de Obligaciones contractuales 3. Acta de supervisión	Profesional Universitario (mantenimiento)	N/A	N/A	N/A	N/A		Posible	3	Moderado	3	33	Alto	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	N/A
							16	No contar con un cronograma de mantenimiento preventivo a vehículos										16	Establecer cronograma de mantenimiento preventivo y realizar seguimiento a traves del indicador de medición	1. Cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo 2. Plantilla de indicadores	Profesional Universitario (mantenimiento)	N/A	N/A	N/A	N/A							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	N/A
							17	Incumplimiento al diligenciamiento del formato de inventario fisico y estado de Vehículos (GTEM-F-009-41)										17	Realizar seguimiento periodico (diario), al correcto diligenciamiento del formato de inventario fisico y estado del paciente y establecer accion y/on sanción disciplinaria si aplica	1. formato de inventario fisico y estado de Vehículos (GTEM-F-009-41)	Profesional Universitario (mantenimiento)	N/A	N/A	N/A	N/A							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	N/A
10	Apoyo	Gestión Jurídica	Defender los intereses del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo ESE, en asuntos judiciales y administrativos de carácter	1	Posibilidad de fallos en contra de la entidad, causado por vulneración de derechos (Reparación directa por falla del servicio medico)	Financiero	1	Falla del diligenciamiento de consentimiento informado	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Perdida de imagen y credibilidad institucional 3. Incidentes y eventos adversos 4. Detrimento Patrimonial 5. Deficit Presupuestal 6. Categorización en riesgo Fiscal y Financiero	Posible	3	Mayor	4	34	Extremo	Reducir el riesgo	1	Verificar adherencia a traves de la auditoria concurrente y auditoria de Glosas	Procedimiento de auditorias internas	Auditoria concurrente	Fallos a favor	JURI-3	Creciente	60%	Mensual	Posible	3	Mayor	4	34	Extremo	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Dentro del primer trimestre del año, la institución tiene un fallo a favor, de 54 fallos en total, es un indicador progresivo, debido a que los procesos judiciales pueden demorar muchos meses e incluso años.
							2	Error en el diligenciamiento de la Historia y/o registro clínico										2	Verificar adherencia a traves de la auditoria concurrente y auditoria de Glosas	Procedimiento de auditorias internas	Auditoria concurrente														
							3	Eventos adversos durante el proceso de atención										3	Realizar seguimiento al plan de acción a traves del programa de Seguridad del paciente	Procedimiento de auditorias internas	Auditoria concurrente													
							4	No realización del accionar adecuado de la fase inicial por áreas										4	Direccionamiento de la solicitud al área correspondiente de acuerdo a la pretención	Oficio (desde ventanilla Unica) Correo Electronico	Ventanilla Unica Área Jurídica													
							5	No respuesta y/o demoras a las solicitudes										5	Socializar y medir adherencia al procedimiento PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	procedimiento de PQRS	Área Jurídica Atención al usuario													
							6	Idoneidad en la defensa judicial de la entidad										6	Establecer manual de funciones del profesional del área de Juridica	Manual de funciones y competencias	Talento Humano													
							7	Vulneración de derechos del paciente (medico-asistencial, administrativo-asistencial)										7	Realizar auditoria al proceso de atención al usuario (PQRS) y seguimiento al plan de acción establecido	Plan de Acción	Jefe de atención al Usuario													
							8	Fallas en la atención del servicio medico										8	Realizar auditoria al proceso de atención al usuario (PQRS) y seguimiento al plan de acción establecido	Plan de Acción	Jefe de atención al Usuario													
							9	Incumplimiento en los pagos sentencias judiciales										9	Establecer la priorización presupuestal para depuración de cuenta de fallos	Cuentas por pagar y/o Rubro presupuestal	Ordenador del gasto Jefe área													
							10	Incumplimiento en los pagos a contratistas										10	Establecer la priorización presupuestal para pago a contratistas	Cuentas por pagar y/o Rubro presupuestal	Ordenador del gasto Jefe área													
							11	Incumplimiento en los pagos de acreencias laborales										11	Establecer la priorización presupuestal para de acreencias laborales	Cuentas por pagar y/o Rubro presupuestal	Ordenador del gasto Jefe área													
11	Apoyo	Gestión Jurídica	Asesorar a la																																El proceso de sistemas de información se encuentra en la recopilación de información, una vez recopilado todo esto, se procedera a levantar la matriz de riesgos del proceso, la cual es un poco diferente, por la identificación de activos
12	Direccionamiento	Gestión de Calidad	Implementar y mantener el Sistema Integrado de Gestión de Calidad en función de la misión organizacional, con el fin de lograr un proceso de mejora continua de la calidad, de forma que los	1	Sanciones o cierre servicios a causa del Incumplimiento de requisitos de habilitación o no registro de novedades	Estratégico	1	Falta de recursos para dar cumplimiento a cada uno de los requisitos expuestos en el manual de estandares de habilitación (3100-2003)	1. Sanciones legales y demas acciones Juridicas 2. Desacierto en la toma de decisiones y elaboracion de informes, debido a la inoportunidad en el reporte de indicadores 3. Afectación en atencion asistencial frente al no cumplimiento de los requisitos mirimos 4. Perdida de imagen y credibilidad institucional 5. Imposibilidad de prestar servicios y facturar	Posible	3	Catastrófico	5	35	Extremo	Reducir el riesgo	1	Realizar seguimiento a traves de los planes de acción derivados de las auditorias internas y externas	1. Procedimiento de Gestión de Habilitación 2. Resolución 3100-2003 3. Procedimiento de gestión de planes de acción 4. Programa de Auditoria y procedimiento de auditoria 5. Procedimiento de Gestión de Indicadores	1. Subdirección cientifica 2. Subdirección administrativa 3. Lideres de procesos asistenciales y admnistrativos	% de cumplimiento del Plan de Acción Institucional ACPM (SALUD)	GCAL-10	Creciente Acumulado	90%	Mensual	Posible	2	Catastrófico	5	35	Extremo	2.Moderado (Algunas veces)	Al iniciar la vigencia 2022, la institución contaba con 1127 acciones planteadas para cerrar hallazgos de auditotias, en lo corrido del primer trimestre y realizando corte al mes de marzo, se identifica que mensualmente se comportan de la siguiente manera: Enero 491 acciones cerradas/1127 acciones planeadas Febrero 503 acciones cerradas/992 acciones planeadas Marzo 505 acciones cerradas/722 acciones planeadas Mostrando cumplimiento progresivo en el año, hasta la fecha los 3 meses cumplen con la meta propuesta, el acumulado se encuentra en un 75% de avance
							2	Incumplimiento a los planes de acción resultantes de las auditorias internas y externas										2	Realizar seguimiento detallado al cumplimiento de los planes de acción de cada proceso			% de cumplimiento del Plan de Acción Institucional ACPM (SALUD)	GCAL-10	Creciente Acumulado	90%	Mensual							2.Moderado (Algunas veces)	Al iniciar la vigencia 2022, la institución contaba con 1127 acciones planteadas para cerrar hallazgos de auditotias, en lo corrido del primer trimestre y realizando corte al mes de marzo, se identifica que mensualmente se comportan de la siguiente manera: Enero 491 acciones cerradas/1127 acciones planeadas Febrero 503 acciones cerradas/992 acciones planeadas Marzo 505 acciones cerradas/722 acciones planeadas Mostrando cumplimiento progresivo en el año, hasta la fecha los 3 meses cumplen con la meta propuesta, el acumulado se encuentra en un 75% de avance
				2	Sanciones de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control (Indicadores-informes-planes de acción-PAMEC)	Estratégico	3	Inconsistencia de la información Reportada	1. Sanciones legales y demas acciones Juridicas 2. Desacierto en la toma de decisiones y elaboracion de informes, debido a la inoportunidad en el reporte de indicadores 3. Perdida de imagen y credibilidad institucional 4. Imposibilidad de prestar servicios y facturar	Posible	3	Mayor	4	34	Extremo	Reducir el riesgo	3	Adherencia al cronograma para seguimiento a reportes, el cual fue establecido por cada lider de proceso según los informes aplicables a cada una de sus áreas, notificando semanalmente los reportes e informes que se deben presentar	1. Procedimiento de Gestion de Información documentada 2. Programa de Gestión de indicadores 3. Programa Auditoria para el mejoramiento de la calidad en Salud (PAMEC) 4. Procedimiento de Planes de Acción	1. Subdirección cientifica 2. Subdirección administrativa 3. Lideres de procesos asistenciales y administrativos 4. Gestión De Calidad	Seguimiento a Reportes	GERE-3	Creciente	100%	Mensual	Posible	3	Mayor	4	34	Extremo	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Durante el mes de enero el área del planeación en conjunto de cada líder de proceso y/o involucrados se realiza la actualización de la matriz de reportes a entes de control, identificando que la institución esta obligado a cumplir con 175 de reportes, con una incidencia anual de 1185 veces , anexo a esto se realiza recomendación y responsabilidad a cada involucrado, de los cuales el área de direccionamiento estrategico (PLANEACIÓN), tiene la responsabilidad de generar 7 reportes con diferentes periodicidades, con corte al 30 de abril del presente año se evidencia el cumplimiento al 100%, contando con las evidencias
							4	Falta de adherencia a las actividades de reporte interno de los procesos										4	Seguimiento a la ruta critica del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad en Salud (PAMEC)			Cumplimiento PAMEC Institucional	GCAL-2	Creciente Acumulado	90%	Mensual							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Este indicador no es evaluado en el primer trimestre del año
				3	Incumplimiento a las metas de proceso a causa del movimiento y/o rotación o retiro del talento Humano	Estratégico	5	Falta de Revisión y/o claridad de las funciones y/o actividades de cargos estrategicos y claves que afectan el desempeño de la Institución	1. Paralisis en los procesos internos de la institución 2. Baja Productividad 3. Perdida de la memoria Institucional	Posible	3	Moderado	3	33	Alto	Reducir el riesgo	5	Identificar a traves de los procesos y manual de Funciones cargos y/o roles claves de la organización	1. Plan de Desarrollo 2. Manual de Funciones 3. Plan estrategico del Talento Humano 4. Procedimiento de Indicadores 5. Procedimientos de traslado, promoción y retiro del talento Humano	1. Subdirección cientifica 2. Subdirección administrativa 3. Gerencia 4. Lider de la oficina funcional del talento Humano	Oportunidad de suministro de personal	TAHU-2	Decreciente	15	Mensual	Posible	3	Moderado	3	33	Alto	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Evaluando el primer trimestre del año 2022, evidencia que durante dos mese sse cumple con la meta de suministro de personal menos a 15 días, no obstante durante el mes de febrero este indicador volo la meta superandola en 18 días, esto a causa de que no se contaba con hojas de vida que se ajustaran al perfil y/o cargo a suplir
							6	Debilidad en el alcance e implementación del Plan estrategico del plan estrategico del talento Humano y de los procedimientos de traslado, promoción y retiro del talento Humano, independiente del tipo de contratación										6	Actualizar el Plan estrategico del talento Humano incluyendo las actividades de promoción, traslado y/o Retiro de Todo el Personal (asistencial, administrativo), independiente de su modalidad de Contratación.			Oportunidad de suministro de personal	TAHU-2	Decreciente	15	Mensual							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Evaluando el primer trimestre del año 2022, evidencia que durante dos mese sse cumple con la meta de suministro de personal menos a 15 días, no obstante durante el mes de febrero este indicador volo la meta superandola en 18 días, esto a causa de que no se contaba con hojas de vida que se ajustaran al perfil y/o cargo a suplir
13	Misional	Cirugía	Realizar los procedimientos quirúrgicos requeridos de acuerdo con el talento humano disponible por el especialista, que contribuya a la mejora del estado de salud del usuario, con estándares de seguridad y calidad en los procesos	1	Posibilidad de afectación y/o complicación en la condición clínica y física del paciente asociada al proceso de atención en el área de Cirugía (Eventos Adversos)	Operativo	1	Inoportunidad en la asignación de cita de anesteseiologia	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales y pecuniarias 2. Incidentes y Eventos adversos (Serios y no serios) 3. Perdida de imagen y credibilidad institucional 4. Imposibilidad de prestar servicios y facturar	Posible	3	Mayor	4	34	Extremo	Reducir el riesgo	1	Establecer cronograma y/o cuadro de tumos de los Especialistas de anestesia y verificar el cumplimiento de la agenda programada para esta especialidad (consulta externa)	Interconsulata de anestesia (PANACEA) Cronograma y/o cuadro de turnos	Jefe de Cirugia Programación	N/A	N/A	N/A	N/A		Posible	3	Mayor	4	34	Extremo	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	N/A
							2	Inoportunidad en la programación de cirugia										2	Establecer un cuadro de turnos para la especialidad de anestesiologia, para programas adicionales (Cirugia programada, urgencias) y hacer seguimiento	Cuadro de Turnos de cirugia	Jefe de Cirugia	Represa de cirugia programada	CIRU-10	Decreciente	5%	Mensual							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Se evalua el primer trimestre del año, evidenciando que en el mes de marzo este indicador incumple la meta, la cual debe ser inferior al 5% y en este mes lo superó en el 7%, el total de cirugias solicitades fueron 1365 y pendientes por programar 42, aun asi este indicador cumple con la meta acumulada, la cual se encuentra en el 3%
							3	Incumplimiento a las recomendaciones por parte del paciente										3	Reprogramar procedimiento quirurico y relacionar en la nota de enfermeria el motivo de suspención y reprogramación de cirugia	Nota de enfermeria (PANACEA) Planilla de indicadores	Jefe de Cirugia	Proporción de Cancelación de cirugias	CIRU-7	Decreciente	8%	Mensual							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Se evalua el indicador de cancelación de cirugia evidenciando que este se encuentra cumpliendo la meta, de 833 cirugias programadas, fueron canceladas 36, dando como resultado el 4% en la cancelación de cirugias, todas estas cancelaciones fueron causadas por diferentes situaciones de la institución
							4	Falta de disponibilidad de los profesionales contratados para la prestación del servicio										4	Solicitar a los profesionales disponibilidad de agenda para programas adicionales	Cuadro de Turnos de cirugia	Jefe de Cirugia	N/A	N/A	N/A	N/A							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	N/A
							5	Complicaciones en el paciente, relacionadas con procedimiento Quirurgico										5	Indentificar a traves del indicador de eventos e incidentes adversos las causas de complicaciones y establecer plan de accion	Planilla de indicadores	Jefe de Cirugia	Complicaciones Quirúrgicas	CIRU-1	Decreciente	1%	Mensual							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	En lo corrido del año se han programado 2543 cirugias, der las cuales 3 han presentado complicaciones, durante el mes de febrero se presentaron 2 complicaciones, 1 por neumotorax y 1 de infeccion en sitio operatorio, en el mes de marzo se presentó 1 infección en sitio operatorio, representativo asi el 0.12% de complicaciones
							6	Daños en los equipos durante un procedimiento quirurgico, relacionado al mal uso de los equipos										6	Capacitar al personal involucrado en el área de cirugia en uso, limpieza y desinfección de equipos	Matriz AMFE Cronograma de Capacitación	Ingeniero Biomedico	Cumplimiento de mantenimiento correctivo de equipos	GTEM-3	Creciente	90%	Mensual							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Se evalua el primer trimestre del año, del cual en el mes de enero fueron solicitados 9 mantenimiento correctivos, pero realizados 7, quedando pendiente cotizacion de repuestos de maquina de anestesia mindray y definir diagnostico de maquina de anestesia GE., para el mes de las 14 solicitudes, las 14 fueron atendiddas, mostrando cumplimiento del 100%, para el mes de marzo se presentaron 24 solicitudes, de las cuales se contesaron 22, quedando pendiente epuesto del autoclave y cama electrica, aun asi el cumplimiento del indicador acumulado representa el 91%, superando la meta positivamente el el 1%
							7	Infección de sitio operatorio, asociado al proceso de central de esterilización										7	Medir adherencia al manual de procedimientos de central de esterilización	Manual de procedimientos de central de esterilización	Jefe de Cirugia Coordinador de Central de Esterilización	Esterilización de equipos y prendas	CIRU-14	Decreciente	0%	Mensual							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	El indicador cumple, puesto que en la evaluación del primer trimestre no se ha devuelto ningun paquete
							8	Deterioro en el instrumental quirurgico, asociada al uso y reuso de dispositivos y/o equipos medicos										8	Formalizar e implementa un formato que permita identificar la trazabilidad de dispositiuvos medicos en central de esterilización (Formalizar en Calidad)	Formato de trazabilidad dispositivos medicos	Jefe de Cirugia Coordinador de Central de Esterilización	Reuso de Dispositivos Medicos	CIRU-13	Decreciente	100%	Mensual							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	La institución no reusa
							9	Inoportunidad en la entrega y/o suministro de material de osteosintesis										9	Dando cumplimiento a la clausula establecida del contrato por medio de la lista de chequeo de las obligaciones contractuales	Acta de supervisión	Supervisor del contrato Área de contratación	Oportunidad en la contratación	GECO-1	Decreciente	15	Mensual							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	En caso de presentarse incumplimiento por parte del proveedor, esto queda plasmado en el acta de supervisión y anexo a esto se evidencia como resultado de las causas de cancelaciones de procedimientos
				2	Posibilidad de afectación a las ventas proyectadas de la vigencia, asociadas al incumplimiento de las metas del proceso de cirugia	Financiero	10	Falta de flujo de pacientes por modelo de contratación con EAPB	1. Deficit Presupuesta 2. Categorización en riesgo Fiscal y Financiero 3. Incidentes y Eventos adversos (Serios y no serios)	Probable	4	Mayor	4	44	Extremo	Reducir el riesgo	10	Establecer modelo de contratación para establecer nuevos convenios con las diferentes EAPB	Minuta de contrato	Jefe de Mercadeo	Ejecucion de Contratos	COME-4	Creciente	100%	Mensual	Probable	4	Mayor	4	44	Extremo	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	De acuerdo a los tiempos estipulados, se realiza el comité de mercadeo cada 8 dias, en el cual se evalua el estado de los convenios con las diferentes EPS y durante el mes de marzo se renueva contrato con la EPS EMSSANAR
							11	Lineamientos normativos durante Pandemia (COVID-19)										11	No tiene control interno	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A							3. Debil (No se ejecuta)	N/A
14	Misional	Apoyo Diagnostico	Prestar un servicio de ayuda diagnostica de forma segura con resultados confiables y oportunos.	1	Posibilidad de afectación y/o complicación en la condición clínica y física del paciente asociada al proceso de atención en el apoyo diagnostico	Operativo	1	Inoportunidad en toma y entrega de muestras de laboratorio clinico	1. Incidentes y Eventos adversos (Serios y no serios) 2. Perdida de imagen y credibilidad institucional 3. Imposibilidad de prestar servicios y facturar	Posible	3	Moderado	3	33	Alto	Reducir el riesgo	1	Realizar seguimiento a la oportunidad en la toma de muestras y entrega de resultados a traves del indicador de Medición	Protocolo de toma y recepción de muestras Tablero de mando de indocadores	Jefe de Laboratorio	Oportunidad en la entrega de resultados para Urgencias Oportunidad en la entrega de resultados para Hospitalización					Posible	2	Moderado	3	33	Alto		Estos indicadores tienen un tiempo tasado de 100 minuto, realizando la revisión a estos dos indicadores se evidencia que se encuentran cumpliendo la meta, puesto que el tiempo oscila, entre 80 y 90 minutos
							2	Error en la aplicación de los 5 correctos										2	Realizar capacitación de refuerzo del protocolo de toma y recepción de muestras y realizar evaluación de adherencia	Protocolo de toma y recepción de muestras Tablero de mando de indocadores	Jefe de Laboratorio	Errores en la toma de muestras - NC	AYUD-6	Decreciente	2%	Mensual								Durante el primer trimestre del año se han tomado 43117, de los cuales 139 exmenes han presnetado fallas o errores en la toma de los mismos, siendo un porcentaje por debajo de la meta, es un porcentaje aceptable, puesto que no repsenta ni el 1% de errores comparado con el total de examenes tomados
							3	Mala tecnica de sangrado										3	Realizar capacitación de refuerzo del protocolo de toma y recepción de muestras y realizar evaluación de adherencia	Protocolo de toma y recepción de muestras Tablero de mando de indocadores	Jefe de Laboratorio	Errores en la toma de muestras - NC	AYUD-6	Decreciente	2%	Mensual								Durante el primer trimestre del año se han tomado 43117, de los cuales 139 exmenes han presnetado fallas o errores en la toma de los mismos, siendo un porcentaje por debajo de la meta, es un porcentaje aceptable, puesto que no repsenta ni el 1% de errores comparado con el total de examenes tomados
				2	Perdida y/o robo de insumos y reactivos en el área de Laboratorio clinico, para beneficio propio y/o de terceros	Corrupción	4	Falta de control en ingreso y salida de insumos y reactivos	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Detrimento Patrimonial	Posible	3	Mayor	4	34	Extremo	Reducir el riesgo	4	Controlar la salida de insumos y reactivos a traves de la base de datos, teniendo en cuenta lo establecido	Base de datos (Inventario)	Jefe de Laboratorio	N/A	N/A	N/A	N/A	Posible	3	Mayor	4	34	Extremo		N/A
		Gestión Humana	Evaluar los valores y principios institucionales, establecidos en codigo de integridad	1	Incumplimiento a los valores y principios institucionales, establecidos en codigo de integridad													1	Fortalecer la socialización del codigo de integridad alineandolos a las sanciones derivadas de las acciones "lo que debo y no debo hacer"	Codigo de Integridad Manual de Funciones Y competencias	Jefe oficina de talento humano	Seguimiento a socializacion de documentos del Sistema de Gestión de Calidad	GCAL-5	Acumulado Creciente	80%	Mensual							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	La asignación de recursos se realiza en conjunto de la alta dirección, anexo a esto es aprobada por la junta directiva, por tanto se minimiza el riesgo de asignación de recursos a otros intereses

15	Apoyo	Gestión Administrativa y Financiera	Administrar los recursos financieros contribuyendo a la sostenibilidad y crecimiento institucional, a través de la entrega oportuna de información contable y presupuestal que permita una adecuada toma de decisiones.	1	Asignación, programación y ejecución presupuestal con destinación diferente al cumplimiento de las metas y programas institucionales	Corrupción	2	Errores en el registro de informacion (presupuestal, contable y pagos)	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Desacierto en la toma de decisiones y elaboracion de informes 3. Perdida de imagen y credibilidad institucional 4. Categorización en riesgo Fiscal y Financiero	Improbable	2	Mayor	4	24	Alto	Reducir el riesgo	2	Fortalecer la evaluacion del periodo de prueba de cada funcionario, Formalizando el proceso de inducción especifica	Procedimiento de seleccion, vinculacion e induccion del personal	Jefe oficina de talento humano Jefes de procesos asistenciales y administrativos Psicologia Organizacional	Cumplimiento a inducción Especifica	TAHU-6	Creciente	90%	Mensual	Improbable	2	Mayor	4	24	Alto	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Durante el primer trimestre del año se evalua el indicador de cumplimiento a la inducción especifica, verificando que cada uno de los funcionarios que ingresan y/o tienen movimiento de servicios se les realice la inducción especifica, por tanto de 39 ingresos del primer trimestre 39 cumplieron con este requisito para ejercer las funciones del carho, por tanto este indicador supera la meta del 95%
							3	Errores en la clasificación de la información (presupuestal, contable)																																
							4	Deficiencia o demora en cierre																																
				2	Presencia de aspectos de importancia material que afecten la razonabilidad del cierre fiscal	Financiero	5	No realización de operaciones contables, presupuestales y de tesoreria	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Desacierto en la toma de decisiones y elaboracion de informes 3. Perdida de imagen y credibilidad institucional 4. Categorización en riesgo Fiscal y Financiero	Posible	3	Mayor	4	34	Extremo	Evitar el riesgo	5	Realizar conciliaciones entre las diferentes areas financieras tal como se establece en el procedimiento de conciliaciones.	Libro auxiliar de conciliaciones Procedimiento de conciliaciones Actas de partidas conciliatorias	Lider financiero	Seguimiento Riesgo financiero	GAFI-11	Decreciente	100%	Mensual	Posible	3	Moderado	3	33	Alto	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Para el cierre fiscal de la vigencia 2022, la CDVA, elaboró como lo indica hasta el 28 de febrero para ser reportado a SIA CONTRALORIAS, este plazo se cumplió y se entregaron los formatos en linea sin presencia de error en cuanto a cantidad de formularios.
							6	Errores en la expedición de CDP de registro presupuestal o al tramitar los pagos y transferencias de recursos																																
				3	Alteración en el flujo de caja de la entidad a causa de demoras en la facturación por ventas de servicios en salud, y, que conlleva a la inoportunidad en la radicación de la facturación	Operativo	7	Error en la asignación del pagador	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Desacierto en la toma de decisiones y elaboracion de informes 3. Perdida de imagen y credibilidad institucional 4. Categorización en riesgo Fiscal y Financiero	Probable	4	Mayor	4	44	Extremo	Reducir el riesgo	7	Adherencia al procedimiento de admisiones (Validación de derechos del usuario)	Procedimiento de admision de urgencias	Lider de Mercadeo	N/A	N/A	N/A	N/A	Probable	4	Mayor	4	44	Extremo	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	La revisoría fiscal, emitió el dictamen a los estados financieros SIN SALVEDADES, es decir, que por concepto de nuestros auditores externos, los estados financieros y el cierre fiscal presentan razonablemite en todos los aspectos de importancia material la situacion financiera de la entidad, dando cumplimiento al marco normativo de las normas internacionales de contabilidad para el secto publico NICSP resolucion 414 de 2014.
							8	Cambio por parte de las EPS en los terminos de radicación como: 1. Dirección 2. Modalidad de radicación 3. Cambio de plataforma 4. Cambios de Razon Social																																
							9	Intermitencia en la red de internet de la institucion ocasionando fallas en el enlace con la DIAN																																
							10	Ausencia de soportes que Respalden la Historia Clinica (Resultados de ayudas DX, facturas de masterial de osteosíntesis, Hojas de gasto...)																																
							11	Fallas en el proceso de Inducción general, especifica y capacitación, para generación de archivos tecnicos de ley (RIPS)																																
							12	Incumplimiento a la meta mesual de facturación a causa de represa por caida del sistema de información, la cual no permiote facturar todos los servisios facturados																																
				4	Sanciones de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control (indicadores-informes-planes de acción-PAMEC)	Estratégico	13	Incumplimiento a los lineamientos establecidos por los entes de control para la validacion, cargue y presentacion de los diferentes informes	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Desacierto en la toma de decisiones y elaboracion de informes 3. Perdida de imagen y credibilidad institucional 4. Categorización en riesgo Fiscal y Financiero	Posible	3	Mayor	4	34	Extremo	Reducir el riesgo	14	Adherencia al cronograma para seguimiento a reportes, el cual fue establecido por cada líder de proceso según los informes aplicables a cada una de sus áreas, notificando semanalmente los reportes e informes que se deben presentar	Control de seguimiento a reportes	Jefes de procesos asistenciales y administrativos Profesional Universitario (Planeación)	Informes entregados	GERE-3	Creciente	100%	Mensual	Posible	3	Mayor	4	34	Extremo	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Durante el mes de enero el área del planeación en conjunto de cada líder de proceso y/o involucrados se realiza la actualización de la matriz de reportes a entes de control, identificando que la institución esta obligado a cumplir con 175 de reportes, con una incidencia anual de 1185 veces , anexo a esto se realiza recomendación y responsabilidad a cada involucrado, de los cuales el área de direccionamiento estrategico (PLANEACIÓN), tiene la responsabilidad de generar 73 reportes con diferentes periodicidades, con corte al 30 de abril del presente año se evidencia el cumplimiento al 100%, contando con las evidencias
							14	Fallas en la red de internet																																
							15	Demoras y deficiencias en el cierre fiscal																																
16	Evaluación	Control Interno	Coordinar, promover y velar por la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional, buscando fortalecer la cultura de control.	1	Sanciones legales y/o pecuniarias de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control (indicadores-informes-planes de acción-PAMEC, Normatividad aplicable)	Estratégico	1	Rotación, movimiento o retiro del talento humano	1. Sanciones legales y demas acciones Juridicas 2. Desacierto en la toma de decisiones y elaboracion de informes	Probable	4	Moderado	3	43	Alto	Reducir el riesgo	1	Establecer un equipo multidisciplinario (interno), que ejecute las actividades del control interno, independiente del nombramiento oficial por parte de la gobernacion	Oficio de Asignación de funciones	Gerencia Subdirección administrativa y financiera	N/A	N/A	N/A	N/A	Probable	4	Moderado	3	43	Alto	3. Debil (No se ejecuta)	Durante el mes de enero el área del planeación en conjunto de cada líder de proceso y/o involucrados se realiza la actualización de la matriz de reportes a entes de control, identificando que la institución esta obligado a cumplir con 175 de reportes, con una incidencia anual de 1185 veces , anexo a esto se realiza recomendación y responsabilidad a cada involucrado, de los cuales el área de direccionamiento estrategico (PLANEACIÓN), tiene la responsabilidad de generar 14 reportes con diferentes periodicidades, con corte al 30 de abril del presente año se evidencia el cumplimiento al 100%, contando con las evidencias
							2	Inoportunidad en la entrega de información por parte de otras áreas de la institución																																
							3	Incumplimiento a las fechas establecidas dentro del cronograma de Reportes a entes de Control inicial de cada vigencia (Normatividad legal aplicable)																																
				2	Incumplimiento a las metas y objetivos del proceso causando debilidad a la tercera Linea De Defensa de la dimensión de control interno de MIPG	Estratégico	4	Asigación de recurso humano sin evaluarse sus competencias e idoneidad, Incumplendo asi el manual de funciones y competencias																																
							5	Incumplimiento a la ejecución de auditorias programadas al iniciar cada vigencia																																
				3	Inadecuada toma de desiciones asociadas al Incumplimiento y Calidad en respuesta a los planes de Acción derivados de las auditorias internas y Externas	Cumplimiento	6	Deficiente seguimiento a la ejecución y cierre de los planes de mejora de cada uno de los procesos auditados																																
							1	Establecer la comunicación interna Procedimiento de Auditoria																																
							2	Formalizar la solicitud de información y notificar la acción y/o sanción disciplinaria a causa del incumplimiento																																
							3	Adherencia al cronograma para seguimiento a reportes, el cual fue establecido por cada líder de proceso según los informes aplicables a cada una de sus áreas, notificando semanalmente los reportes e informes que se deben presentar																																
							4	Establecer un plan de entrenamiento y capacitación en auditoria, dentro de la inducción especifica del área de Control Interno																																
							5	Establecer el programa anual de auditoria e indicador que mida el cumplimiento del mismo																																
							6	Fortalecer la actividades de seguimiento a los planes de acción, a traves de mesas de trabajo (Ejemplo Contraloria), y notificar la acción y/o sanción disciplinaria a causa del incumplimiento																																
17	Apoyo	Gestión de Apoyo logístico Hospitalario	Proveer un servicio integral de apoyo logístico hospitalario, con calidad y eficiencia buscando el bienestar de usuarios y los colaboradores del Hospital Mario Correa Rengifo.	1	Inoportunidad en el suministro de dietas a los pacientes Hospitalizados	Operativo	1	Incumplimiento en el suministro de alimentos por parte del contratista	1. Incidentes y Eventos adversos (Serios y no serios) 2. Sobrecostos en el proceso de alimentación	Posible	3	Menor	2	32	Moderado	Reducir el riesgo	1	Evaluar al contratista a traves del acta de supervisión de contrato, de incumplirse las especificaciones contractuales se deben activar las polizas	Acta de supervisión Minuta de contrato	Oficina de Contratación	Oportunidad en la contratación	GECO-1	Decreciente	15	Mensual	Posible	3	Menor	2	32	Moderado	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Se realiza seguimiento a traves de la realización del acta de supervisión, en la cual se plasma el seguimiento a las obligaciones descritas en la minuta contractual, anexo a esto se realiza evaluación a proveedores, como se puede evidenciar en el indicador que mide el servicio de alimentación y servicio de seguridad, a traves de esto se ha evidenciado el cumplimiento al 100% de las especificaciones contractuales
							2	Inadecuada verificación del estado de ingreso de alimentos (calidad de los alimentos)																																
							3	Perdida de dietas derivada a la no actualización del listado de dietas																																
							4	Error en el diligenciemiento del fomato de solicitud de dietas																																
							5	Inadecuada manipulación de alimentos, generando perdida de los mismos																																
							6	Inadecuado almacenamiento de alimentos																																
				2	Demoras en el proceso de atención, ocasionando deterioro en el estado clinico y/o fisico del paciente	Operativo	7	Perdida y/o robo de ropa hospitalaria	1. Imposibilidad de prestar servicios de salud 2. Incidentes y Eventos adversos (Serios y no serios) 3. Perdida de imagen y credibilidad institucional	Improbable	2	Menor	2	22	Bajo	Reducir el riesgo	7	Medhir adherencia al formato de control de Ropa Sucia	Formato de control de ropa Sucia	Apoyo Logistico Hospitalario	Evaluación de servicio de Lavanderia	GALH-2	Creciente	90%	Mensual	Improbable	2	Menor	2	22	Bajo	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Actualmente el servicio de lavanderia es evaluado por 32 items, d elos cuales se logra evidenciar que el proveedor cumple con cada uno de los criterios, por tanto no se reflejan quejas hacia este servicio
							8	Inoportunidad en la entrega y recolección de ropa hospitalaria a los servicios asistenciales																																
							9	Incumplimiento a las garantias contractuales por parte del contratista																																
				3	Posibilidad de sanciones de los diferentes entes de control a causa de la generación de impactos ambientales		10	Inadecuada segregación, manejo y disposición final de residuos en las diferentes areas y servicios de la institución	1. Sanciones legales y demas acciones Juridicas 2. Desacierto en la toma de decisiones y elaboracion de informes, debido a la inoportunidad en el reporte de indicadores 3. Perdida de imagen y credibilidad institucional 4. Imposibilidad de prestar servicios y facturar servicios	Posible	3	Mayor	4	34	Extremo	Reducir el riesgo	10	Realizar socializacion del PGIRASA y concientizar al personal en la segregación de residuos	PGIRASA Lista de asistencia	Ingeniero Ambiental	Plan Gestion Ambiental	GALH-8	Creciente	90%	Mensual	Posible	3	Mayor	4	34	Extremo	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	El programa de gestión ambiental, tiene estableciclas actividades mensuales de acuerdo al cronograma, realizando seguimiento al primer trimestre se evidencia cumplimiento acumulado del 84%, en el mes de enero se programaron 6 actividades, las cuales fueron realizadas en su totalidad, en el mes de febrero se programaron 5, las cuales fueron realizadas, en el mes de marzo se programaron 7, de las cuales se realizaron 6, quedando pendiente 1 actividad para el proximo mes
							11	Poca cultura ambiental en cuanto al aprovechamiento de reciclaje de agua por parte de la población administrativa, asistencial, servicios generales, usuarios y población flotante																																
				1	Incumplimiento a la visión institucional a causa de no ser autosostenibles financieramente.	Financiero	1	No suscribpcion de contratos con EAPB	1. Imposibilidad de prestar servicios de salud 2. Sanciones legales y demas acciones Juridicas 4. Desacierto en la toma de decisiones 4. Perdida de imagen y credibilidad institucional 5. Complicación de la condición medica del paciente	Posible	3	Mayor	4	34	Extremo	Reducir el riesgo	1	Realizar cronograma de seguimiento a la ejecucion (fecha de inicio-fecha de finalización) de contratos con las diferentes EAPB	Cronograma Procedimiento de Contratación y mercadeo	Jefe Contratación y Mercadeo Oficina Juridica	Ejecucion de Contratos	COME-4	Creciente	100%	Mensual	Posible	3	Mayor	4	34	Extremo	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	De acuerdo a los tiempos estipulados, se realiza el comité de mercadeo cada 8 dias, en el cual se evalua el estado de los convenios con las diferentes EPS y durante el mes de marzo se renavaá contrato con la EPS EMSSANAR
							2	No ser competitivos en las tarifas frente al mercado																																
							3	Desconcimiento de los procedimientos a ofertar de acuerdo a la habilitado (Portafolio de servicios																																
							4	Fallas en la identificación del paciente durante el proceso de Admisión	1. Detrimento Patrimonial 2. Sanciones legales y demas acciones																																
							5	Fallas en la validación del paciente para identificar el pagador																																

Fortalecer la evaluacion del periodo de prueba de cada funcionario, Formalizando el proceso de inducción especifica

18	Misional	Mercadeo	Ofrecer a la comunidad, Estudiantes, Promotores de Salud y demás personas competitivas en el mercado y asegurar el cumplimiento de los requisitos	2	Inconvenientes en el reacuado por los servicios prestados a causa de fallas en el proceso de Admisión	Operativo	6	Cambios en el sistema de información del convenio (EAPB), durante la prestación del servicio hospitalario	1. Desfinanciamiento de la figura legal de la entidad 2. Cambios en el sistema de información 3. Destitución de la figura legal de la entidad 4. Retrasos 5. Despidos masivos de personal	Posible	3	Mayor	4	34	Extremo	Reducir el riesgo	6	Solicitar a Sistemas de Información verificar los permisos y Accesos del personal asistencial a la pestaña de Convenios en el Software de Información	Sistema de Información PANACEA	Jefe Contratación y Mercadeo Subdirección cientifica Sistemas de Información	N/A	N/A	N/A	N/A		Posible	3	Mayor	4	34	Extremo	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	N/A
							7	Realización de admisiones en servicios que no corresponder al Proceso de admisión										7	Socializar el procedimiento de Admisiones, mencionando y dejando claro el área y/o oficina encargada de realizar el proceso de admisiones y solicitar a sistemas de información, restringir el accesso al modulo del personal que no hace parte del proceso	Procedimiento de Admisión	Jefe Contratación y Mercadeo Sistemas de Información	N/A	N/A	N/A	N/A							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	N/A
				3	Conflictos en la prestación del servicio a causa de los tramites administrativos en el área de Anexos y Autorizaciones	Operativo	8	Fallas en el proceso de Admisión	1. Complicación de la condición medica del paciente 2. Imposibilidad de prestar servicios de salud	Posible	3	Mayor	4	34	Extremo	Reducir el riesgo	8	Identificar las fallas que se presentan frecuentemente en el proceso de admisión y realizar intervención (capacitación)	Procedimiento de Admisión	Jefe Contratación y Mercadeo Jefe de Auditoria Concurrente	AUDI-11	Creciente	100%	Mensual		Posible	3	Mayor	4	34	Extremo	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	La institución se encuentra en proceso de conformar un equipo de auditoria intergral, el cual el modelo fue presentado a la gerencia y nos encontramos a la espera de revisión y aprobación del mismo, no obstante se verifican los indicadores de los diferentes procesos asistenciales, y el indicador de glosa, en el cual no se presentan errores en el diligenciamiento de la HC.
							9	Justificación incompleta en el registro clínico (Historia Clínica)										9	Realizar Auditoria a la Historia clinica del paciente (Concurrente-Preadicación)	Procedimiento de Auditoria Concurrente Procedimiento de Cuentas Medicas	Auditoria Concurrente	Cumplimiento al Programa de Auditoria	AUDI-11	Creciente	100%	Mensual							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	La institución se encuentra en proceso de conformar un equipo de auditoria intergral, el cual el modelo fue presentado a la gerencia y nos encontramos a la espera de revisión y aprobación del mismo, no obstante se verifican los indicadores de los diferentes procesos asistenciales, y el indicador de glosa, en el cual no se presentan errores en el diligenciamiento de la HC.
							10	Fallas en la comunicación con las diferentes EAPB No Contratadas (datos de contacto incorrectos, cada del sistema de información)										10	Incluir en el banco de Datos el campo de Telefono de contacto de las EAPB NO contradas	Banco Datos	Jefe Contratación y Mercadeo	N/A	N/A	N/A	N/A								N/A
							11	Inoportunidad en la auditoria concurrente										11	Notificar novedades y/o dificultades vía E-mail, a los Auditores de las diferentes EAPB, para gestión oportuna	E-mail	Jefe Contratación y Mercadeo	AUDI-11	Creciente	100%	Mensual							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	La institución se encuentra en proceso de conformar un equipo de auditoria intergral, el cual el modelo fue presentado a la gerencia y nos encontramos a la espera de revisión y aprobación del mismo, no obstante se verifican los indicadores de los diferentes procesos asistenciales, y el indicador de glosa, en el cual no se presentan errores en el diligenciamiento de la HC.
				4	Sanciones legales y/o pecuniaria a causa de la mala administración del patrimonio de la entidad	Financiero	12	No evaluación del costo operativo frente al valor de venta del servicio	1. Detrimento Patrimonial 2. Sanciones legales y demas acciones Juridicas 3. Toma inadecuidada de decisiones	Posible	3	Moderado	3	33	Alto	Reducir el riesgo	12	Realizar un plan de costos, con finalidad de identificar el valor de producción (operativo) y calculo de valor venta	Plan de Costos	Gestión Financiera	Nivel de implementacion de costeo de actividades priorizadas	GAFI-22	Acumulado Creciente	80%	Mensual		Posible	3	Moderado	3	33	Alto		
19	Misional	Farmacia	Planificar, coordinar y controlar oportunamente el proceso de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos que la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.	1	Complicación en la condición clínica y física del paciente asociada a la dispensación inoportuna o erronea de medicamentos y Dispositivos medicos	Operativo	1	Falta de stock de medicamentos y dispositivos, en el área de Almacen	1. Sanciones legales y demas acciones Juridicas 2. Incidentes y Eventos adversos (Serios y no serios) 3. Perdida de imagen y credibilidad institucional 4. Imposibilidad de prestar servicios y facturar	Improbable	2	Moderado	3	23	Moderado	Reducir el riesgo	1	Realizar inventario de medicamentos y dispositivos medicos en las diferentes farmacias y bodega de farmacia de la institucion	N/A	Compras y suministros Químico Farmaceutico	N/A	N/A	N/A	N/A		Improbable	2	Moderado	3	23	Moderado alto		N/A
							2	Error en el sistema de información para hacer ingreso de los medicamentos y dispositivos al inventario										2	Establecer la metodologia de trabajo y realizar inventarios bajo dicha metodologia	Informe de inventarios	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A								N/A
							3	Incumplimiento a la solicitud de medicamentos y dispositivos por parte del proveedor										3	Activar polizas contractuales	Plantilla de Indicadores	Oficina de Contratación Supervisor de contratos	Oportunidad en la contratación	GECO-1	Decreciente	15	Mensual								Se realiza seguimiento a traves de la realización del acta de supervisión, en la cual se plasma el seguimiento a las obligaciones descritas en la minuta contractual, anexo a esto se realiza evaluación a proveedores, como se puede evidenciar en el indicador que mide el servicio de alimentación y servicio de seguridad, a traves de esto se ha evidenciado el cumplimiento al 100% de las especificaciones contractuales
							4	Incorrecta dispensación de medicamentos a los servicios (no solicitados o error en la dispensación)										4	Realizar seguimiento al indicador de Error en la dispensación de medicamentos y elaborar plan de acción si aplica	Plantilla de Indicadores	Químico Farmaceutico	Errores de dispensación	FARM-7	Decreciente	1%	Mensual								Realizando seguimiento al primer trimestre el año, se evidencia cumplimiento al indicador, puesto que no se han reportado errores de dispensación en el servicio de farmacia
				2	Sobrescostos en el proceso de Farmacia asociados a: Deterioro, mal almacenamiento, vencimiento de medicamentos	Financiero	5	Falta de semaforización de medicamentos y dispositivos en el área de almacen y Farmacia	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Perdida de imagen y credibilidad institucional 3. Categorización en riesgo Fiscal y Financiero 4. Detrimento patrimonial	Improbable	2	Mayor	4	24	Alto	Reducir el riesgo	5	Medir adherencia al Procedimiento de recepcion, almacenamiento y conservación de medicamentos e insumos a traves del indicador y establecer plan de Acción, si aplica	Plantilla de Indicadores	Químico Farmaceutico	Porcentaje de vencimientos	FARM-5	Decreciente	1%	Mensual		Improbable	2	Mayor	4	24	Alto	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Evaluando el primer bimestre del año, se cumple con el indicador de vencimiento, represandose de la siguiente manera : 384 medicamentos vencidos/196438 total de medicamentos y dispositivos del inventario, representando en el 1% de vencimientos
							6	Poca rotación de medicamentos en el área de Farmacia										6	Realizar solicitud de insumos que rotan en el servicio	Plantilla de Indicadores	Químico Farmaceutico	Índice de Rotación	FARM-3	Creciente	70%	Mensual							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	El indice de rotarcion en el primer bimestre del año es mayor al 100%, superando en 125% la meta establecida
							7	Error en la manipulación de medicamentos (ruptura o averia)										7	Medir tasa de ruptura de medicamentos y establecer plan de acción si aplica	Manual de procedimientos de farmacia	Químico Farmaceutico	Porcentaje de averias	FARM-4	Decreciente	1%	Mensual							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Durante el primer bimestre del año se presentan 17 averias, 12 en el mes de enero, 5 en el mes de febrero,, representadose en 0% comparado con la cantidad de medicamentos del inventario
				3	Perdida o Hurto de medicamentos y/o dispositivos medicos (insumos medicos)	Corrupción	8	No realización de inventario periodico, de acuerdo al procedimiento establecido	1. Detrimento patrimonial 2. Sanciones Disciplinarias, administrativas, penales, judiciales 3. Perdida de imagen y credibilidad institucional	Probable	4	Mayor	4	44	Extremo	Reducir el riesgo	8	Actualizar el procedimiento de Inventarios del área de farmacia, donde se establezca la periodicidad para realización del mismo	Procedimiento de inventario del servicio farmaceutico	Químico Farmaceutico	N/A	N/A	N/A	N/A		Probable	4	Mayor	4	44	Extremo		En lo corrido del año 2022, se identifica el hurto de un monitor de signos vitales, de la ambulancia medicalizada, este evento se presenta por fuera de la institución, se realiza el debido proceso con la fiscalia, en la cual se impone el denuncio del hurto y a la fecha se entrega a activos fijos el respectivo denuncio, por tanto desde activos fijos solicita activación de poliza para la consecución del mismo equipo
							9	Debilidad en el sistema de vigilancia de la institución										9	Fortalecer y capacitar a los guardas de seguridad, en aras de disminuir y/o evitar el robo y/o hurto de bienes o insumos de la institución	Plantilla de Indicadores	Químico Farmaceutico	Evaluación de servicio de Seguridad	GALH-3	Creciente	90%	Mensual								Este servicio es evaluado por 27 items, en el cual se evidencia la satisfacción interna con el servcio de seguridad, por tanto el indicador muestra 100% de su cumplimiento
				4	Sanciones de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control	Estratégico	10	Incumplimiento a las fechas establecidas dentro del cronograma de Reportes a entes de Control inicial de cada vigencia (Normatividad legal aplicable)	1. Sanciones legales y demas acciones Juridicas 2. Desacierto en la toma de decisiones y elaboracion de informes, debido a la inoportunidad en el reporte de indicadores 3. Perdida de imagen y credibilidad institucional 4. Imposibilidad de prestar servicios y facturar	Posible	3	Moderado	3	33	Alto	Reducir el riesgo	10	Adherencia al cronograma para seguimiento a reportes, el cual fue establecido por cada lider de proceso según los informes aplicables a cada una de sus áreas, notificando semanalmente los reportes e informes que se deben presentar	Cronograma de reportes a entes externos	Oficina asesora de Planeación	Informes entregados	GERE-3	Creciente	100%	Mensual		Posible	3	Moderado	3	33	Alto	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Durante el mes de enero el área der planeación en conjunto de cada lider de proceso y/o involucrados se realiza la actualización la matriz de reportes a entes de control, identificando que la institución esta obligado a cumplir con 175 de reportes, con una incidencia anual de 1185 veces , anexo a esto se realiza recomendación y responsabilidad a cada involucrado, de los cuales el área de directionamiento estrategico (PLANEACIÓN), tiene la responsabilidad de generar 3 reportes con diferentes periodicidades, con corte al 30 de abril del presente año se evidencia el cumplimiento al 100%, contando con las evidencias
							11	Desconocimiento en la normatividad vigente										11	Realizar la actualización del normograma del proceso de Farmacia	Normograma Institucional	Oficina Jurídica	% De cumplimiento en la actualización del normograma	JURI-4	Acumulado Creciente	100%	Mensual							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	De acuerdo a algunas actividades planeadas en el pamec de la vigencia 2021, se logra alcanzar 23 actualizaciones de normogramas, las cuales corresponden a 23 procesos, no obstante se identifica que 1 proceso no se vio en la necesidad de realizar actualización, el soporte reposa en la oficina juridica y oficina de calidad por gestión de información documentada, en lo corrido del año, la institución no se ha visto en la necesidad de actualizar el normograma institucional
20	Misional	COVE	Prevenir y controlar las infecciones intrahospitalarias durante la prestación del servicio en el hospital Departamental Mario Correa Rengifo.	1	Sanciones de los entes de control a causa del incumplimiento en el reporte de información a las entidades de vigilancia y control	Estratégico	1	Incumplimiento a las fechas establecidas dentro del cronograma de Reportes a entes de Control inicial de cada vigencia (Normatividad legal aplicable)	1. Sanciones legales y demas acciones Juridicas 2. Desacierto en la toma de decisiones y elaboracion de informes, debido a la inoportunidad en el reporte de indicadores 3. Perdida de imagen y credibilidad institucional 4. Imposibilidad de prestar servicios y facturar	Posible	3	Moderado	3	33	Alto	Reducir el riesgo	1	Adherencia al cronograma para seguimiento a reportes, el cual fue establecido por cada lider de proceso según los informes aplicables a cada una de sus áreas, notificando semanalmente los reportes e informes que se deben presentar	Cronograma de Reportes a entes externos	Oficina asesora de Planeación	Informes entregados	GERE-3	Creciente	100%	Mensual		Posible	3	Moderado	3	33	Alto	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Durante el mes de enero el área der planeación en conjunto de cada lider de proceso y/o involucrados se realiza la actualización la matriz de reportes a entes de control, identificando que la institución esta obligado a cumplir con 175 de reportes, con una incidencia anual de 1185 veces , anexo a esto se realiza recomendación y responsabilidad a cada involucrado, de los cuales el área de directionamiento estrategico (PLANEACIÓN), tiene la responsabilidad de generar 2 reportes con diferentes periodicidades, con corte al 30 de abril del presente año se evidencia el cumplimiento al 100%, contando con las evidencias
							2	Fallas o caida en las plataformas de reporte										2	Busqueda de suministro de red alterna de internet	Ficha de Indicadores	Oficina de sistemas de información	Avance PETI	SINF-7	Acumulado Creciente	90%	Mensual								Se cumple con la meta para el mes de enero, se realiza proceso de actulizacion de planes, PETI, SGSI o sistema de gestion de seguridad de la informacion, procedimiento mineria de datos, se asegura contratacion soporte sistema de informacion Panacea, y se inicia con la presentacion de propuestas para el fortalecimiento de la infraestructura de TI, como son el proceso de Facturacion Se inicia en el primer trimestre con el diagnotico de la situacion actual con la implementacion de metodogias y guias mintic para gestionar la asignacion de recursos para ejecutar y priorizar en el periodo Se realiza autoevaluacion de la politica de gobierno digital arrojando un indicador de cumplimiento del 48.5 y el seguimiento a la implementacion del plan de tratamiento a riesgos de seguridad y privacidad de la informacion un cumplimiento del 50% Se presenta solo avance en los modulos pendiente de cerrar en nomina: en el mes de marzo se aprobaron las cartas de necesidad de: -Adquisisicion de servidor de aplicaciones costo aproximado $ 85.000.0000 -Mantenimiento A UPS en total 6 y cambio de baterias costo aproximado $ 20.000.000 -Renovacion de licencimiento Office 365 y tenant de correos corportativos y almacenamiento en la nube: costos aproximado $ 30.000.000
				2	Servicios de atención no acordes a la población caracterizada	Operativo	3	Falta de información para el correcto diligenciamiento de la ficha epidemiologica, a causa de la mala interrogación por parte del profesional	1. Detrimento Patrimonial 2. sanciones legales y demas acciones Juridicas	Posible	3	Menor	2	32	Moderado	Reducir el riesgo	3	Medir adherencia al diligenciamiento de la ficha epidemiologica a traves de la ficha de indicadores	Ficha de Indicadores (auditoria-cove)	Lider COVE	Proporcion de fichas epidemiologicas diligenciadas correctamente	COVE-4	Decreciente	10%	Mensual		Posible	3	Menor	2	32	Moderado	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Se realiza seguimiento al primer trimestre del año, evidenciando que en el mes de enero de 315 fichas epidemiologicas diligenciadas, 48 fueron mal diligenciadas, durante el mes de febrero se diligenciaron 205, de las cuales 30 fueron mal diligenciadas, en el mes de marzo de 194 fichas, 34, fueron mal diligenciadas, por tanto teniendo en cuenta que la meta es decreciente al 10%, por tanto este se encuentra entre el 15 y 18%, incluimplendo la meta, se recomienda capacitación y levantar plan de acción
				3	Sobrecosto en el proceso de atención a causa de la falta de información en la ficha epidemiologica	Financiero	4	Error en el diligenciamiento de la Historia Clinica	1. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales 2. Perdida de imagen y credibilidad institucional 3. Categorización en riesgo Fiscal y Financiero 4. Detrimento patrimonial	Posible	3	Moderado	3	33	Alto	Reducir el riesgo	4	Fortalecer la etapa de inducción especifica del personal asistencial y evaluar adherencia de la misma a traves del proceso de auditoria	Ficha de Indicadores (auditoria-cove)	Lider de Auditoria	Cumplimiento al Programa de Auditoria	AUDI-11	Creciente	100%	Mensual		Posible	3	Moderado	3	33	Alto	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	La institución se encuentra en proceso de conformar un equipo de auditoria intergral, el cual el modelo fue presentado a la gerencia y nos encontramos a la espera de revisión y aprobación del mismo, no obstante se verifican los indicadores de los diferentes procesos asistenciales, y el indicador de glosa, en el cual no se presentan errores en el diligenciamiento de la HC.
							5	Mal diagnostico por parte del profesional										5	Medir adherencia y pertinencia de la historia Clinica a traves del proceso de auditoria y NC	Ficha de Indicadores (auditoria-cove)	Lider de Auditoria	Cumplimiento al Programa de Auditoria	AUDI-11	Creciente	100%	Mensual								La institución se encuentra en proceso de conformar un equipo de auditoria intergral, el cual el modelo fue presentado a la gerencia y nos encontramos a la espera de revisión y aprobación del mismo, no obstante se verifican los indicadores de los diferentes procesos asistenciales, y el indicador de glosa, en el cual no se presentan errores en el diligenciamiento de la HC.
							6	Retraso en el procesamiento de las muestras a causa del no diligenciamiento de la ficha epidemiologica										6	Medir adherencia al diligenciamiento de la ficha epidemiologica a traves de la ficha de indicadores	Ficha de Indicadores (auditoria-cove)	Lider COVE	Proporcion de fichas epidemiologicas diligenciadas correctamente	COVE-4	Decreciente	10%	Mensual								Se realiza seguimiento al primer trimestre del año, evidenciando que en el mes de enero de 315 fichas epidemiologicas diligenciadas, 48 fueron mal diligenciadas, durante el mes de febrero se diligenciaron 205, de las cuales 30 fueron mal diligenciadas, en el mes de marzo de 194 fichas, 34, fueron mal diligenciadas, por tanto teniendo en cuenta que la meta es decreciente al 10%, por tanto este se encuentra entre el 15 y 18%, incluimplendo la meta, se recomienda capacitación y levantar plan de acción
21	Misional	Referencia y Contrarreferencia	Posibilidad de afectación en la condición física y clínica del paciente	1	Posibilidad de afectación en la condición física y clínica del paciente	Estratégico	1	Inoportunidad en el inicio de tramite de referencia	1. Perdida de imagen y credibilidad institucional 2. Defunción y/o fallecimiento del paciente	Posible	3	Mayor	4	34	Extremo	Reducir el riesgo	1	Implementar el modulo de gestión de referencia	RECO-P-021-02 Procedimiento de de referencia y contrareferencia	Lider de referencia y Contrareferencia	Porcentaje de Contrarreferencias en un periodo (internas)	RECO-4	Creciente	80%	Mensual		Posible	3	Mayor	4	34	Extremo	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Evaluando el primer trimestre del año, se evidencia que en el mes de enero no se realizaron proceso decontrarreferencias, porque no se contaba con el personla suficiente, en el mes de febrero y marzo, ya se cuenta con personal y fueron atendidas en total 90 referencias, logrando un 100%, este resultado esta por encima de la meta establecida
				2			2	Falta de disponibilidad de ambulancias, por el incremento en la urgencia Vital	1. Sanciones legales y demas acciones Juridicas 2. Perdida de imagen y credibilidad institucional	Posible	3	Mayor	4	34	Extremo	Reducir el riesgo	2	Priorizar las urgencias vitales en aras de atención oportuna	RECO-PR-021-03 Protocolo transporte de pacientes	Lider de referencia y Contrareferencia	Oportunidad en la remisión de ambulancia	RECO-7	Decreciente	30	Mensual		Posible	3	Mayor	4	34	Extremo	2.Moderado (Algunas veces)	Este indicador es medido en minutos, lo cual desea que el servicio solicitado sea inferior a 30 minutos, a partir de la solicitud y realizando seguimiento al primer trimestre del año, se evidencia un acumulado de 26 minutos, lo cual quiere decir que estan siendo oportunos
22	Evaluación	Auditoría	Evaluar el cumplimiento y	1	Posibles Hallazgos de los diferentes entes de control asociados al incumplimiento y/o adherencia de las actividades de Auditoria Medica (Concurrente, Farmacia, Glosas, Sistema de Información, Historia Clínica)	Estratégico	1	Rotación, movimiento o retiro del talento humano	1. Detrimento Patrimonial 2. Afectación en atencion asistencial frente al no cumplimiento de los requisitos minimos 3. Perdida de la Imagen Institucional	Probable	4	Moderado	3	43	Alto	Reducir el riesgo	1	Actualizar el Plan estrategico del talento Humano y actualizar el manual de funciones y competencias, incluyendo las actividades de promoción, trasladar y/o Retiro de Todo el Personal (asistencial, administrativo)	1. Manual De funciones y competencias 2. Plan Estrategico del Talento Humano	Talento humano	N/A	N/A	N/A	N/A		Probable	4	Moderado	3	43	Alto	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	El plan estrategico del talento humano, debe actualizarse anualmente, bajo los parametros dictados por la función publica y debe contener cada uno de los criterios, el cual es medido por los diferentes indicadores del área de talento humano
							2	Falta de Pertinencia y/o ausencia del registro clínico (Historia Clínica)										2	Realizar Seguimiento al plan de Acción y/o mejormiento, resultante de la auditoria Medica y Notificar a los jefes de proceso involucrados con finalidad de Realizar capacitación en el diligenciamiento completo de la Historia Clínica	2. Plan de Acción (Auditoria)	Lider de Auditoria	Cumplimiento al Programa de Auditoria	AUDI-11	Creciente	100%	Mensual							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	La institución se encuentra en proceso de conformar un equipo de auditoria intergral, el cual el modelo fue presentado a la gerencia y nos encontramos a la espera de revisión y aprobación del mismo, no obstante se verifican los indicadores de los diferentes procesos asistenciales, y el indicador de glosa, en el cual no se presentan errores en el diligenciamiento de la HC.
23	Apoyo	Comunicaciones	Dar a conocer permanente la gestión	1	Perdida de archivo digital, Audivisual y fotográfico	Estratégico	1	Falta de infraestrutura tecnologica para realizar el almacenamiento, protección y catalogación de archivo audivisual	1. Perdida de imagen y credibilidad institucional 2. Reprocesos internos	Posible	3	Moderado	3	33	Alto	Reducir el riesgo	1	A traves del proceso de inventario de activos de información identificar los activos del área y solicitar en caso de ser necesario	N/A	Comunicador	N/A	N/A	N/A	N/A	Cuando se requiera	Posible	3	Moderado	3	33	Alto	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	En el momento se ha evidenciado rotación en el proceso de comunicaciones, por tanto no existen datos confiables de los indicadores, en el mes d emayo ingresará el nuevo funcionario del área, por tanto se empezará medición de los indicadores
							2	Daños en los equipos de computo por bajones de energia y/o falta de mantenimiento preventivo										2	Realizar verificación de los tomas regulados en el área de comunicaciones y solicitar cambio en caso de ser necesario	N/A	Comunicador	N/A	N/A	N/A	N/A	Cuando se requiera								
				2	Publicación de información erronea, incompleta y/o ambigua a traves de los diferentes canales de comunicación	Imagen	3	Falta de verificación de la información antes de ser publicada y/o fuentes poco confiables		Raro	1	Moderado	3	13	Moderado	Reducir el riesgo	3	Realizar verificación de las fuentes que suministran información y solicitar autorización a la gerencia antes de la publicación	N/A	Comunicador	N/A	N/A	N/A	N/A	Cuando se requiera	Raro	1	Moderado	3	13	Moderado		
24	Apoyo	Gestión Contratación	Gestionar la adquisición de bienes, servicios y obras a fin de ejecutar contratos, de acuerdo al estatuto y manual de contratación.	1	Sanción de los diferentes entes de control a causa del incumplimiento del estatuto de contratación	Operativo	1	Error en la etapa de identificación de la necesidad	1. Perdida de imagen y credibilidad institucional 2. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales y pecuniarias 3. Categorización en riesgo Fiscal y Financiero	Posible	3	Moderado	3	33	Alto	Reducir el riesgo	1	Establecer un formato de identificación de necesidad, en el cual se describan las especificaciones tecnicas del bien y/o servicio a suministrar	Carta de necesidad	Oficina de contratación	Oportunidad en la contratación	GECO-1	Decreciente	15	Mensual		Posible	3	Moderado	3	33	Alto	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Para minimizar los errores en la etapan contractual se evalua la adherencia al manua, ruta y procedimiento de contratación, los cuales establecen un formato de carta de necesidad en el cual se debe plasmar el requerimiento, servicio y solicitante
							2	Inadecuada Elaboración y publicación de documentos precontractuales										2	A traves de la auditoria al proceso de contratación, establecer las principales causas de la inoportunidad en la etapa contractual y elaborar plan de acción si aplica	Procedimiento de contratación Procedimiento de auditorias internas	Oficina de contratación	Oportunidad en la contratación	GECO-1	Decreciente	15	Mensual							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Dentro del proceso de contratación se establece que cada proceso contractual a iniciar debe realizarse de acuerdo a los pasos establecidos en el documento, lo cual dice que debe pasar por el proceso de auditoria y una vez estos den visto bueno, se procede a imprimir el estudi previo asi como los documentos anexos, ya despues de este paso se procede a firmas por los involucrados y posterior publicación en la plataforma del estado SECOP
							3	Desconocimiento de la normatividad aplicable a la entidad										3	Elaborar y socializar el normograma del proceso de Contratación	Normograma Institucional	Oficina Jurídica	% De cumplimiento en la actualización del normograma	JURI-4	Acumulado Creciente	100%	Mensual							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	De acuerdo a algunas actividades planeadas en el pamec de la vigencia 2021, se logra alcanzar 23 actualizaciones de normogramas, las cuales corresponden a 23 procesos, no obstante se identifica que 1 proceso no se vio en la necesidad de realizar actualización, el soporte reposa en la oficina juridica y oficina de calidad por gestión de información documentada, en lo corrido del año, la institución no se ha visto en la necesidad de actualizar el normograma institucional
							4	Falta de adherencia al procedimiento y ruta de contratación										4	Socializar y medir adherencia a las ruta y procedimiento de contratación	Procedimiento de contratación	Oficina de contratación	Oportunidad en la contratación	GECO-1	Decreciente	15	Mensual							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Este proceso aplica a supervisores y personal nuevo del área de contratación, por tanto se cuenta con el proceso de inducción a personal nuevo del área
				2	Ofrecimiento De Dadivas, Tráfico De Influencias Y Clientelismo En El Proceso De Contratación	Corrupción	5	Error en la designación de supervisor de contratos	1. Perdida de imagen y credibilidad institucional 2. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales y pecuniarias 3. Detrimento patrimonial	Probable	4	Mayor	4	44	Extremo	Reducir el riesgo	5	A traves del manual de funciones y competencias, evaluar la idoneidad del funcionario para ejercer las funciones de supervisión de contratos	Manual de funciones y competencias	Oficina de contratación	Oportunidad en la contratación	GECO-1	Decreciente	15	Mensual		Probable	4	Mayor	4	44	Extremo	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Dea cuerdo al perfil del funcionario se designa como supervisor, para ello el soporte es evidenciado a traves del manual de funciones, aclarando que la gerencia dispone de la asignación como supervisor dependiendo el perfil del funcionario
							6	Incumplimiento a los valores y principios institucionales establecidos en codigo de integridad										6	Fortalecer la socialización del codigo de integridad alineandotos a las sanciones derivadas de las acciones "lo que debo y no debo hacer"	Codigo de Integridad	Talento Humano	Seguimiento a socializacion de documentos del Sistema de Gestión de Calidad	GCAL-5	Acumulado Creciente	80%	Mensual							1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Teniendo en cuenta que la contratación publica se rige a traves del SECOP, es la forma de minimizar cada acto de corrupción que pueda presentarse, es importante mencionar que en lo corrido del año, no se han materializado actos de corrupción
				3	Contratación con personas naturales o jurídicas que se encuentran en listas restrictivas y de control o en procesos administrativos o judiciales asociados al lavado de activos.	Corrupción	7	Falta de diligenciamiento de formato SARLAFT	1. Perdida de la imagen institucional	Raro	1	Moderado	3	13	Moderado	Reducir el riesgo	7	Solicitar diligenciamiento de formato SARLAFT al contratista y auditar el proceso PRE-CONTRACTUAL	Formato SARLAFT Lista de chequeo (contratación)	Oficina de contratación	Oportunidad en la contratación	GECO-1	Decreciente	15	Mensual		Raro	1	Moderado	3	13	Moderado alto	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Dentro del proceso contractual debe evaluarse al provedor con el diligenciamiento de SARLAFT, por tanto el posible provedor que no cumpla o se encuentre reportado no pita estatlier convenio contractual con la institución, en lo corrido del año no se han evidenciado algun caso, anexo a esto es necesario mencionar que en cada junta directiva ordinario se presenta el informe SARLAFT, en el cual se expone el reporte y cada caso presentado, si aplica
							8	Falta de verificación de los reportes (SARLAFT), en las diferentes plataformas destinadas para dicho reporte										8	Solicitar al Oficial de cumplimiento la verificación y veracidad de la información suministrada por el contratista	Estados financieros Declaración de renta del contratista Formato SARLAFT	Oficial de Cumplimiento												1.Fuerte (siempre se ejecuta)	

		Realizar los actos, contratos y procesos de bienes contratar. Ademas de evitar el cumplimiento	4	Demoras en el suministro y/o abastecimiento de bienes y/o servicios en la institución, relacionada a la ejecución del contrato	Operativo	9	Falta de idoneidad del contratista	1. Imposibilidad de prestar servicios y facturar 2. Perdida de imagen y credibilidad institucional 3. Sanciones Disciplinarias, fiscales, administrativas, penales, judiciales y pecuniarias	Improbable	2	Moderado	3	23	Moderado	Reducir el riesgo	9	Verficación de experiencia del contratista (general y especifica)	Certificado de existencia y representación legal Certificaciones de contratos	Oficina de Contratación	Oportunidad en la contratación	GECO-1	Decreciente	15	Mensual	Improbable	2	Moderado	3	23	Moderado	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	Dentro de la etapa precontractual, se solicitan documentos relacionados con la experiencia general y especifica (celebración de contratos minimo 2, de acuerdo a necesidad) celebración de contratos anteriores a dos años, que cubran el valor del posible contrato con la institución , estados financieros, anexo a esto se realiza seguimiento a traves d elas actas de supervisión dentro de la periodicidad establecida
						10	Error en la etapa de identificación de la necesidad									10	Establecer un formato de identificación de necesidad, en el cual se describan las especificaciones tecnicas del bien y/o servicio a suministrar	Carta de necesidad	Oficina de Contratación											1.Fuerte (siempre se ejecuta)	
						11	Falta de especificaciones tecnicas en el estudio previo									11	Realizar auditoria al correcto diligenciemiento de estudios previos y su relación con el objeto	Formato de estudios previos	Oficina de contratación Auditoria de contratación Planeación											1.Fuerte (siempre se ejecuta)	
			5	Incumplimiento del contratista, suministradores de bienes o servicios necesarios, ocasionando traumas en los procesos asistenciales y/o administrativos que pueden afectar el correcto funcionamiento en la prestación de servicios	Operativo	12	Cambio en las especificaciones tecnicas del suministro y/o servicio requerido	1. Imposibilidad de prestar servicios y facturar 2. Sanciones legales y demas acciones Juridicas 3. Perdida de imagen y credibilidad institucional 4. Reprocesos que afectan el correcto funcionamiento en la prestación del servicio	Posible	3	Menor	2	32	Moderado	Reducir el riesgo	12	Imposición de garantias contractuales	Contrato firmado Garantias contractuales	Oficina de Contratación	Oportunidad en la contratación	GECO-1	Decreciente	15	Mensual	Posible	3	Menor	2	32	Moderado	1.Fuerte (siempre se ejecuta)	En la etaspa contractual estas garantizas deben quedar impuestas en la minuta, anexo a esto se debe realizar seguimiento a la ejecución a traves de las actas de supervisión y calificación del proveedor, en lo corrido del año 2022, la institución no se ha visto en la necesidad de activar polizas, peusto que se ha venido cumpliendo con las especificaciones contractuales
						13	Variaciones en el mercado									13	Accionar polizas	Contrato firmado Garantias contractuales	Oficina de Contratación											1.Fuerte (siempre se ejecuta)	
						14	Escasez de los productos y/o bienes									14	Accionar polizas	Contrato firmado Garantias contractuales	Oficina de Contratación											1.Fuerte (siempre se ejecuta)	