

				HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E								Código	Versión	Página		
				MAPA INSTITUCIONAL DE RIESGO POR PROCESOS 2016								MR - GER	2	1 DE 1		
				Fecha de la vigencia: 19/07/2016												
OBJETIVO DEL PROCESO	No	RIESGOS	CAUSA	CALIFICACION		EVALUACION DEL RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	NUEVA CALIFICACION		NUEVA EVALUACION	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLE DEL PROCESO	CRONOGRAMA		INDICADORES
				IMPACTO	PROBABILIDAD			IMPACTO	PROBABILIDAD					FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	
PROCESOS ESTRATÉGICOS																
COMERCIAL	1	Glosas por cobros diferentes a los pactados	Errores en la parametrización de las tarifas pactadas para cada contrato	4	4	Extrema	0	4	4	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1 Elaborar Procedimiento de Parametrización. 2 Definir las plantillas de contratación para cada una de las ERP que tienen contrato.	Jefe Oficina Asesora Comercial	17/06/2016	31/12/2016	1 Procedimiento incluido en el sistema de calidad. 2 Numero de plantillas definidas/Numero de ERP con contrato.
	2	Subutilización de la capacidad instalada en la Entidad	Falta de un documento guía para el desarrollo de estrategias de mercado	3	4	Alta	0	3	4	Alta	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1 Elaborar el Plan de Mercadeo.	Jefe Oficina Asesora Comercial	17/06/2016	31/12/2016	1 Plan de Mercadeo socializado.
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	1	Perdida de información sistematizada	No se tenga el antivirus correspondiente y no se realizan Backus	4	3	Extrema	0	4	3	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Realizar Backup de la información dos veces al año	Jefe de la Oficina de control Interno Disciplinario	01/02/2016	31/12/2016	2 Backups
	2	Dilación en los términos procesales	El Personal asistencial se encuentra en cumplimiento de sus funciones asistenciales	3	3	Alta	0	3	3	Alta	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Reiterar la solicitud de comparecencia, con advertencia de sanción	Jefe de la Oficina de control Interno Disciplinario	02/01/2016	31/12/2016	Reprogramación de comparecencias
	3	los funcionarios de la entidad infrinjan la normatividad disciplinarias	desconocimiento de las ley disciplinaria	4	3	Extrema	0	4	3	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Realizar capacitación en la ley 734 de 2002	Jefe de la Oficina de control Interno Disciplinario	15/04/2016	31/12/2016	control de asistencia de una capacitación
JURIDICA	1	Generación de intereses por el no pago oportuno de los fallos o conciliaciones prejudiciales.	Falta de articulación con el área Contable y Financiera.	4	4	Extrema	Presentar trimestralmente al área contable informe de provisiones y contingencias.	3	3	Alta	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Realizar trimestralmente un estudio minucioso de los procesos judiciales, determinando los porcentajes de probabilidad de perdida para presentarlo a contabilidad.	Jefe Oficina Asesora Jurídica	01/07/2016	31/12/2016	Informe trimestral de las cuantías de las pretensiones de las demandas interpuestas contra el Hospital con la probabilidad de ganancia o pérdida. Informe trimestral de la cuantía de los procesos que fueron fallados con sentencia ejecutoriada en contra del Hospital.
	2	Interposición de acciones de tutelas por vulneración de derechos fundamentales	No dar oportuna respuesta a las peticiones.	4	4	Extrema	1, Base de datos de radicación de Tutelas verificando términos.	2	2	Baja	Asumir el riesgo	Dar Respuesta de los derechos de petición en términos legales.	Jefe Oficina Asesora Jurídica	01/07/2016	21/12/2016	Informe trimestral de número de tutelas notificadas al Hospital y número de Investigaciones disciplinarias por desacato a acciones de tutela.
SISTEMAS Y ESTADISTICA	1	Producir y publicar informes inexactos.	Algunos datos cargados en el sistema de información no corresponden y otros presentan duplicidad.	4	3	Extrema	Conciliaciones de la Información del sistema de dinámica con soportes físicos	4	3	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Generar informe trimestral a las áreas de: Sistemas, Facturación y Unidades productivas, socializando las inconsistencias generadas por la mala calidad de los datos cargados en el Sistema Dinámica Gerencial.	Coordinador de estadística	15/03/2016	31/12/2016	% de reducción de errores en cargue de datos.
	2	Incumplimiento a los términos establecidos por normas, para la presentación de la información.	Los Equipos del Área de estadística no cuentan con licencia de office, y la memoria RAM es insuficiente	4	3	Extrema	Se incluyó en el plan de compras para la vigencia 2016, equipos nuevos con sus respectivas licencias. (Office y Windows)	2	1	Baja	Asumir el riesgo	Suministro de licencias de office a los equipos del subproceso de estadística y actualización de los mismos.	Compras y Suministros.	15/03/2016	31/12/2016	Oportunidad en procesamiento de información

	3	Presentar información con datos duplicados.	Se alteran los resultados de indicadores con datos irreales.	4	3	Extrema	Realizar requerimientos periódicos, de planes de mejoramiento a las unidades responsables de cargar los datos de producción e indicadores.	2	1	Baja	Asumir el riesgo	Presentar informe trimestral de las inconsistencias encontradas y solicitar plan de mejora a las unidades correspondientes.	Coordinador de Estadística	15/03/2016	31/12/2016	% de reducción de datos duplicados.
	4	Incumplimiento al reporte oportuno de información requerida por nuevas normas	No contar con los recursos suficientes para dar cumplimiento a nuevas exigencias de información por parte de los entes de Vigilancia y control.	4	3	Extrema	Coordinación y redistribución de nuevas actividades, maximizando los recursos disponibles.	2	1	Baja	Asumir el riesgo	Elaborar plan de acción para novedades en requerimiento de información.	Coordinador De Estadística	15/03/2016	31/12/2016	% de cumplimiento a nuevos requerimientos de norma.
	5	Posibilidad de perder datos y/o información en una recuperación posterior del sistema de información	Proceso de almacenamiento inadecuado de los medios que contienen Backus.	5	5	Extrema	0	3	3	Alta	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Presentar proceso y capacitación al personal en medios de almacenamiento.	Coordinador de Sistemas	15/03/2016	31/12/2016	% de cumplimiento
	6	Imposibilidad para actualizar Dinámica gerencial en algunos equipos de computo	El 15% de los equipos de cómputo del Hospital, no cumplen con las especificaciones para actualización de Dinámica Gerencial.	5	5	Extrema	0	3	3	Alta	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Presentar diagnóstico y número de equipos requeridos para reemplazar los ya obsoletos.	Coordinador de Sistemas	15/03/2016	31/12/2016	% de cumplimiento a nuevos suministros de equipos.
PLANEACIÓN	1	Incumplimiento al plan de acción suscrito ante la Superintendencia Nacional de Salud	Deficiencia en el seguimiento al plan de acción	4	3	Extrema	formato de seguimiento al plan de acción de la supersalud	2	1	Baja	Asumir el riesgo	seguimiento periódico a la ejecución del plan de acción	Jefe Oficina Asesora de Planeación	02/01/2016	31/12/2016	Numero de entregas del plan de acción / informes requeridos del plan de acción
	2	Proyectos sin los componentes y proceso metodológicos necesarios para desarrollarlos	Desconocimiento de las metodologías y los componentes necesarios para Formular eficiente de los proyectos	3	3	Alta	Perfil de proyecto y aplicación de la Metodología MGA-Ajustada	1	1	Baja	Asumir el riesgo	Aplicar procesos Metodológicos en la formulación de los proyectos	Jefe Oficina Asesora de Planeación	02/01/2016	31/12/2016	Número de proyectos formulados con la metodología mga /Numero de proyectos formulados
	3	No presentación oportuna del informe de rendición de cuentas a la Gerencia	Incumplimiento en la Elaboración del Informe de Rendición de cuentas del periodo anual con los componentes normativos	3	3	Alta	Lineamientos metodológicos	2	2	Baja	Asumir el riesgo	Presentación del Informe de Rendición de Cuentas oportunamente con los componentes normativos exigidos	Jefe Oficina Asesora de Planeación	02/04/2016	30/08/2016	Informe de Rendición de Cuentas anual presentado a la Gerencia
	4	Formulación inadecuada del componente de Planeación del Programa de saneamiento Fiscal y financiero	Desconocimiento de la metodología del programa de saneamiento fiscal y financiero	4	3	Extrema	Matrices de formulación según el Ministerio de Hacienda	2	1	Baja	Asumir el riesgo	Aplicar las matrices de formulación y Realizar ejercicios de construcción colectiva del componente de Planeación del programa de saneamiento fiscal	Jefe Oficina Asesora de Planeación	42462	42612	Diligenciamiento del 100% del componente de planeación en las matrices de la metodología del programa de saneamiento fiscal de manera eficiente
GESTION DE CALIDAD	1	Incumplimiento a las requisitos de habilitación de acuerdo a la normatividad vigente	No se realiza las jornadas de autoverificación de los requisitos establecidos por la normatividad vigente	4	3	Extrema	Programa de autoverificación de los requisitos de habilitación	4	3	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1. Desarrollar jornada de autoverificación de condiciones de habilitación. 3. socializar hallazgos de la autoevaluación de condiciones de habilitación. 3. Realizar seguimiento periódico a la ejecución y cumplimiento del Plan de Mejoramiento definido para solucionar los hallazgos de la autoverificación de condiciones de habilitación	Equipo de Calidad	42374	42735	% Cumplimiento requisitos de habilitación
	2	Utilización de documentos con versiones obsoletas	Incumplimiento y desconocimiento del procedimiento para controlar documentos	4	3	Extrema	Procedimiento para Controlar Documentos y Registros PR-GC-01	4	3	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1. Capacitar a los integrantes del Equipo SIGAME en el procedimiento para Controlar Documentos y Registros 2. Actualizar el Listado maestro de documentos y formatos institucional	Equipo de Calidad	01/04/2016	31/12/2015	Listado Maestro de Documento Actualizado y publicado en la intranet

	3	Incumplimiento de los procedimientos y manejo de registros del Sistema Integrado de Gestión de Calidad	Cambios en la estructura organizacional, falta de conocimiento del SGC por parte de los colaboradores	4	4	Extrema	Manual de Calidad MN-GC-01	4	4	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1. Actualizar los documentos de Procedimiento para el control de documentos y Registros, Gestión del Servicio y Producto No Conforme, Gestión de acciones Correctivas y preventivas, Manual de Calidad, de acuerdo a los cambios en el modelo de Operación por procesos. 2. Socializar los procedimientos y manuales actualizados	Equipo de Calidad	01/04/2016	31/12/2016	No. de responsables de procesos capacitados en la vigencia/ Total No. Responsables de procesos X 100%
	4	No obtener un resultado real de la Autoevaluación de estándares del Sistema Único de Acreditación	Los líderes de los procesos que participan en la autoevaluación no están capacitados en la metodología de Autoevaluación de los estándares del SUA	4	3	Extrema	Manual de Autoevaluación de Estándares de Acreditación MN-GC-02	4	3	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1. Realizar capacitación en autoevaluación de estándares de Acreditación a los Equipos de Acreditación para fortalecer habilidades y competencias. 2. Acompañar a los equipos de Acreditación en la autoevaluación cualitativa y cuantitativa de los estándares de Acreditación en la definición del Plan de Mejoramiento Continuo de la calidad con enfoque en Acreditación. 3. Acompañar a los equipos de acreditación en la definición de Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad con enfoque en Acreditación. 4. Realizar seguimiento periódico a la ejecución y cumplimiento del PMCC para la vigencia 2016	Equipo de Calidad	01/02/2016	31/12/2016	Promedio de la calificación de autoevaluación en la vigencia evaluada/promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior
CONTROL INTERNO	1	Incumplimiento al Programa General de Auditoría Internas y de Gestión	No se da importancia a las auditorías internas por parte de los responsables de los procesos	4	3	Extrema	Desarrollar el Programa General de Auditoría Internas y de Gestión y de Calidad FR-CI-09	2	1	Baja	Asumir el riesgo	1, Socialización del programa general de auditorías ante el comité coordinador de control interno 2, evaluar el indicador de cumplimiento al programa trimestralmente	jefe de la oficina de control interno	01/02/2016	31/12/2016	1 socialización, auditorías realizadas x 100/ auditorías programadas
	2	La entidad no formula acciones de mejora frente a las situaciones encontradas en las auditorías	Falta de asesoría en suscripción de Planes de Mejoramiento	4	4	Extrema	Acta de cierre de auditoría, FR-CI-06 Plan de Mejoramiento a partir de carta de control interno	2	2	Baja	Asumir el riesgo	Capacitación personalizada a los responsables de los procesos en la formulación de planes de Mejoramiento por proceso, socialización del procedimiento formulación y seguimiento de planes de mejoramiento PR-CI-03 a cada auditado	jefe de la oficina de control interno	01/02/2016	31/12/2016	# de capacitaciones realizadas x 100/ planes de mejoramiento formulados
	3	Incumplimiento de la entidad en la ejecución de acciones propuestas en el plan de mejoramiento	Los responsables de los procesos no realizan seguimiento a las acciones planteadas en los planes de mejoramiento por proceso	3	4	Alta	Informes de seguimiento	1	2	Baja	Asumir el riesgo	Seguimiento a las acciones propuestas por los responsables de los procesos, presentación de informe al Agente especial Interventor	jefe de la oficina de control interno	01/02/2016	31/12/2016	1 informe de seguimiento
PROCESOS DE APOYO																
TALENTO HUMANO	1	Contratación de personal sin cumplimiento del perfil y con certificados de estudios adulterados	No hay un estudio técnico donde se especifiquen las necesidades reales de recurso humano por área para la entidad	5	3	Extrema	Formato FR-RH-24 Necesidades de prestación del servicio, Formato FR-RH-39 Formato lista de chequeo de documentos para celebración de contratos de prestación de servicios Solicitud a las instituciones educativas para verificar autenticidad de las constancias de estudio que soportan la hoja de vida	3	1	Moderada	Asumir el riesgo, reducir el riesgo	1, Capacitar a los directivos y coordinadores en la formulación de justificación técnica de necesidades de personal y el manejo del formato FR-RH-24. 2) Revisión de idoneidad, Verificación de documentos, Diligenciar lista de chequeo CONFORME AL , FR-RH-39	Profesional Especializado de Talento Humano	02/01/2016	31/12/2016	1, No de directivos y coordinadores capacitados x100/ No de directivos y coordinadores de la entidad, 2, Informe de seguimiento a la revisión de documentos

	2	No realización de evaluaciones de desempeño objetivas y con el seguimiento de la metodología diseñada para tal efecto	falta de objetividad para aplicar los criterios de evaluación de desempeño del servidor publico	5	4	Extrema	FR-RH-40 Formato Control de cumplimiento Evaluación de desempeño	5	2	Moderada	Asumir el riesgo, reducir el riesgo	1. Socialización de la norma Ley 909 del 23 de Septiembre de 2004 y talleres en la aplicación e la metodología para evaluar, 2.Capacitar a los evaluados y evaluadores en la formulación compromisos y portafolios de evidencias	Profesional Especializado de Talento Humano y	02/01/2016	31/12/2016	Número de evaluadores y evaluados capacitados x100 / el total del personal a evaluar y evaluadores
	3	Inconsistencias en la liquidación de la nómina	Falta de compromiso del personal evaluado y evaluador en el cumplimiento de las evaluaciones de desempeño	5	2	Extrema	conciliación mensual de liquidación de nómina del software frente a lo liquidado en hoja de cálculo Conciliación contable de la nómina en la Subgerencia Financiera	5	2	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1, Levantar informe sobre los problemas que está presentando el módulo de nómina en dinámica gerencial y Actas de verificación de nómina	Profesional Especializado de Talento Humano	02/01/2016	31/12/2016	Actas de verificación / nóminas generadas
	4	Generar costos financieros innecesarios por personal que ya tiene requisitos legales para pensión	Falta de compromiso del personal evaluado y evaluador en el cumplimiento de las evaluaciones de desempeño	5	5	Extrema	Requerimientos a los fondos de pensión para obtener las copias de los actos administrativos y de las actas de notificación mediante las cuales se reconoce pensión de vejez y del certificado de nómina Enviar comunicaciones a los fondos de pensiones requiriendo los actos administrativos de la inclusión a nómina de los servidores públicos sin solución de continuidad de conformidad con el Decreto 2245 de 2012	5	5	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Cruce de correspondencia con los fondos de pensión y funcionarios de la planta de empleos en situación próxima a pensión, diseñar un programa de retiro asistido	Profesional Especializado de Talento Humano	14/06/2016	31/12/2016	Pensionados a 31 de diciembre de 2016/ sobre personal con requisitos legales para pensión, programa de retiro asistido diseñado
COMPRAS Y SUMINISTROS	1	No efectuar seguimiento a supervisores de contratos	Aplicación de Manual de Supervisor.	4	3	Extrema	Propuesta presentada	4	3	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Realizar seguimiento periódico a los supervisores de contrato.	Profesional Especializado de Compras y suministros	01/06/2016	01/12/2016	Seguimientos realizados
	2	No elaborar el Plan Anual de Adquisiciones	Incumplimiento a normatividad y falta de planeación	4	3	Extrema	Plan de compras elaborado	2	1	Baja	Asumir el riesgo	Consolidar la información por área. Elaborar el Plan Anual de Adquisiciones	Profesional Especializado de Compras y suministros	01/02/2016	28/02/2016	Plan Anual de Adquisiciones
	3	No reportar oportunamente la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones	Ausencia de seguimiento a PAA.	4	3	Extrema	Informe trimestral	4	3	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Reportar ejecución del PAA a la subgerencia administrativa	Profesional Especializado de Compras y suministros	01/03/2016	31/12/2016	Informes
	4	No realizar seguimiento a ejecución del PAA	Falta de control en reporte de informes	3	3	Alta	Procedimientos	1	1	Baja	Asumir el riesgo	Aplicar un control de seguimiento al PAA	Profesional Especializado de Compras y suministros	01/03/2016	31/12/2016	Seguimiento mensual a ejecución del PAA.
ALMACEN	1	Perdida de elementos devolutivos y de consumo en las bodegas de almacén	falta de control de inventarios de elementos almacenados en la bodega de almacén	5	3	Extrema	Aplicación del Manual de Manejo Administrativo y Fiscal de los Bienes del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E, seguridad en las bodegas, formato de activos por responsable.	3	1	Moderada	Asumir el riesgo, reducir el riesgo	Realizar un control de inventarios general y entregar listado de inventarios a la aseguradora previo vencimiento a la póliza.	Profesional Universitario con funciones de almacenista	02/01/2016	31/12/2016	Actas de control de inventarios e informes a la previsora
	2	Los activos fijos nuevos se encuentren sin cobertura de pólizas	No reportar la inclusión de los activos nuevos oportunamente en las pólizas	5	2	Extrema	Reportes de inclusión de inventarios a la aseguradora, póliza de seguros cuando se presenta	5	2	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Reportar inclusión o retiro de inventarios a la aseguradora.	Profesional Universitario con funciones de almacenista	27/02/2016	31/12/2016	Póliza, reporte de inclusión y retiro de activos y reporte de actualización
	3	Detrimento Patrimonial	No reportar los activos dados de baja oportunamente para ser excluidos de las pólizas de la entidad	5	2	Extrema	Reportes periódicos de salida de activos fijos dados de baja a la aseguradora	5	2	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Reportes de retiro de inventarios a la aseguradora cuando se presente	Profesional Universitario con funciones de almacenista	27/02/2016	31/12/2016	Acto administrativo de baja de activos fijos y reporte de retiro a la aseguradora.

APOYO LOGÍSTICO, SUBPROCESO DE MANTENIMIENTO BIOMÉDICO	1	No prestación o prestación inadecuada de los servicios de salud asociado al mal funcionamiento de equipos biomédicos.	No ejecución del Cronograma de Mantenimiento Preventivo.	5	3	Extrema	Cronograma de Mantenimiento Preventivo de Equipos Biomédicos (FR-MNB-07)	3	1	Moderada	Asumir el riesgo, reducir el riesgo	Divulgación, conocimiento, coordinación y ejecución del Cronograma de Mantenimiento en cada una de las áreas asistenciales.	Coordinador del Subproceso de Mantenimiento Biomédico	01/03/2015	31/12/2016	N° de Actividades de Mantenimiento Preventivo Ejecutadas en el mes x 100 / N° Actividades de Mantenimiento Preventivo Programadas en el mes.
			Demora en la respuesta a Solicitudes de Mantenimiento Correctivo.				Formato para Solicitud de Reparación de Equipo Biomédico (FR-MNB-02)					Solicitud oportuna de los insumos y repuestos requeridos, para dar solución a los requerimientos.				N° de Solicitudes de Mantenimiento Correctivo Solucionadas en el mes x 100 / N° Actividades de Mantenimiento Correctivo Recibidas.
							Formato de Solicitudes de Mantenimiento Correctivo (FR-MNB-21)					Coordinar Cronograma de Actividades de Mantenimiento con Proveedores Terceros y Comodatados e Informar a las respectivas Áreas Asistenciales.				
							Reporte de Servicio Técnico									
							Solicitud de Repuestos a Subgerencia Administrativa.									
	2	Posible ocurrencia de un evento adverso relacionado con el uso inadecuado de la tecnología biomédica.	Falta de capacitación en la identificación y reporte del evento adverso asociado con el uso de la tecnología biomédica.	5	3	Extrema	Planilla de Registro Asistencia Actividades o Eventos de Información/Conocimiento/Habilidad	3	1	Moderada	Asumir el riesgo, reducir el riesgo	Elaboración, divulgación, conocimiento y ejecución del Plan de Tecnovigilancia Institucional.	Coordinador del Subproceso de Mantenimiento Biomédico	01/03/2016	31/12/2016	N° de Capacitaciones Ejecutadas en el mes x 100 / N° Capacitaciones Programadas.
Obsolescencia y/o No Renovación de Tecnología Biomédica.			Seguimiento a la Ejecución de la Calibración del 100% de los Equipos Biomédicos incluidos en el Inventario para Calibración.									Índice de Reportes de Eventos y/o Incidentes Adversos reportados en el mes.				
Colaboradores no entrenados y capacitados en el uso y manejo de la tecnología biomédica, consecuentemente con la alta rotación de personal.			Ejecución de Capacitaciones para el Manejo, Uso y Recomendaciones de la Tecnología Biomédica.													
No ejecución del Cronograma de Calibración.			Apoyo y Soporte Ingenieril en la Adquisición de Nueva Tecnología Biomédica.													
GESTIÓN DOCUMENTAL	1	Perdida en el manejo de la documentación producida y custodiada en los archivos de gestión	Poca adherencia de los funcionarios con la gestión documental institucional / Falta de cultura archivística	3	3	Alta	Registro de control de acompañamiento de actividades y tareas - Registro de capacitación	2	2	Baja	Asumir el riesgo	Capacitar a líderes, secretarías, asistentes de unidades funcionales, oficinas asesoras, procesos y subprocesos en el segundo semestre del año en organización de archivos de gestión.	Profesional universitario, Gestión documental	08/06/2016	31/12/2016	1. Registro de asistencia a capacitaciones; Informe de Capacitaciones realizadas
	2	Perdida de la trazabilidad de las comunicaciones oficiales	1. Falta de capacitación en el aplicativo control doc. para responsables de áreas, falta de seguimiento y control en la utilización del sistema por parte de los funcionarios, falta de reporte por parte de talento humano cuando hay nueva contratación o cambios internos 2. Falta determinar el estado actual del aplicativo que se encuentra funcionando para la gestión documental	3	4	Alta	Registro de control de entrega de las comunicaciones oficiales recibidas, aplicativo control doc. (herramientas de búsqueda)	2	2	Baja	Asumir el riesgo	1. Capacitar a los líderes, secretarías y asistentes de cada una de las oficinas asesoras, unidades funcionales, subprocesos en el manejo del aplicativo control doc. para la gestión de las comunicaciones oficiales 2. Realizar diagnóstico del estado actual del aplicativo que se encuentra funcionando para la gestión documental de la entidad	Profesional universitario, Gestión documental	08/06/2016	31/12/2016	1. Registro de asistencia a capacitaciones, Informe de Capacitaciones realizadas 2. Diagnostico presentado a la Subgerencia Administrativa
	3	Deterioro de la documentación bajo custodia en depósitos de archivo	Espacios no aptos para almacenamiento de la información, espacios existentes con máxima capacidad de almacenamiento	3	3	Alta	Depósitos de archivo identificados y con acceso restringido	3	3	Alta	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Realizar un diagnóstico del estado actual de los depósitos de archivo en la entidad	Profesional universitario, Gestión documental	08/06/2016	31/12/2016	Diagnostico presentado a la Subgerencia Administrativa

	4	Sanción por incumplimiento en la ley de archivo respecto a no contar con las herramientas para la gestión documental Tablas de Retención Documental - TRD	Falta de actualización de las Tablas de Retención Documental conforme al concepto técnico emitido por el consejo Departamental de Archivo	3	3	Alta	Propuesta de Tablas de Retención documental	3	3	Baja	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Realizar los ajustes pertinentes de acuerdo al concepto del Comité Evaluador del Consejo Departamental de Archivo y normatividad archivística vigente	Profesional universitario, Gestión documental	08/06/2016	31/12/2016	Tablas de Retención Documental aprobadas por medio de acta de comité interno de archivo; comunicación de envío al Consejo Departamental de Archivo
	5	Sanción por incumplimiento en la ley de archivo respecto a no contar con las herramientas para la gestión documental Programa de Gestión Documental PGD	Programa de gestión documental desactualizado	4	4	Extrema	programa de gestión documental versión 1	4	4	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Actualizar el programa de gestión documental	Profesional universitario, Gestión documental	08/06/2016	31/12/2016	Programa de Gestión Documental Actualizado
APOYO LOGISTICO, SUB PROCESO DE ASEO Y DESINFECCION	1	Proliferación de infecciones por falta de operaciones de asepsia	Ausencia de elementos de aseo y/o personal para las operaciones de asepsia	5	3	Extrema	Formato entrega y recibido de turnos auxiliares de aseo generales (FR-SG-01)	3	1	Moderada	Asumir el riesgo, reducir el riesgo	1. Verificar protocolos de aseo y desinfección, 2. Diseñar un formato bajo el sistema de gestión de calidad de inspección de limpieza y desinfección en los diferentes servicios e implementarlo	Coordinador del Sub Proceso	01/03/2016	31/12/2016	1, Seguimiento a protocolos de ase 2, formato implementado
	2	Contaminación de paciente	Realizar la atención a pacientes sin seguir los lineamientos de guías, instructivos y manuales que están para garantizar una atención segura.	5	3	Extrema	Evaluación de la adherencia al protocolo de aseo y desinfección, Supervisión y seguimiento por parte del coordinador del subproceso	5	3	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1. Capacitar, socializar y evaluar los protocolos en aseo y desinfección y las normas de bioseguridad al personal de la Unidad Funcional.	Coordinador del Sub Proceso	01/03/2016	31/12/2016	Listado de asistencia a capacitaciones
	3	Contaminación del medio ambiente por falta de un buen manejo de residuos hospitalarios	Desconocimiento de los procesos de clasificación de los residuos hospitalarios	5	3	Extrema	Cumplir con el protocolo de Aseo y Desinfección	5	3	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1. Socializar, capacitar y evaluar al personal de aseo y desinfección, 2. evaluación del cumplimiento de Plan de Gestión Integral de Residuos sólidos (PGIRS)	Coordinador del Sub Proceso	01/03/2016	31/12/2016	N° Hallazgos encontrados por el incumplimiento de la norma
APOYO LOGISTICO, SERVICIO DE ALIMENTOS	1	Contaminación de alimentos.	Inadecuada aplicación de BPM	3	1	Moderada	Registro de control de supervisión de actividades y tareas	3	1	Moderada	Asumir el riesgo	Seguimiento a la capacitación en BPM al personal. Seguimiento a la aplicación de un adecuado sistema de BPM en el servicio.	Profesional universitario Interventor	01/03/2016	31/12/2016	1. Registro de asistencia a capacitaciones, Informe de Capacitaciones realizadas 2. Informe mensual presentado a la Subgerencia Administrativa
	2	Alteración del estado de salud del consumidor.	Materia prima que incumple la normatividad.	3	1	Moderada	Registro de control y verificación de alimentos.	3	1	Moderada	Asumir el riesgo	Revisión del cumplimiento de las condiciones normativas de los alimentos. Verificación organoléptica de las preparaciones.	Profesional universitario Interventor	01/03/2016	31/12/2016	1. Informe mensual presentado a la Subgerencia Administrativa
	3	Inadecuada temperatura y condiciones físicas de almacenamiento.	Malas condiciones de almacenamiento.	2	1	Baja	Registro de control y verificación de suministro de dietas, fórmulas infantiles y enterales.	2	1	Moderada	Asumir el riesgo	Revisión y verificación de las condiciones de almacenamiento de la materia prima.	Profesional universitario Interventor	01/03/2016	31/12/2016	1. Informe mensual presentado a la Subgerencia Administrativa
	4	Alteración del estado de salud del paciente.	Entrega inadecuada de dietas o fórmulas infantiles o enterales.	3	1	Moderada	Registro de control de supervisión de actividades y tareas	3	1	Moderada	Asumir el riesgo	Revisión y verificación de los listados de solicitud de las dietas vs lo dispensado por el servicio.	Profesional universitario Interventor	01/03/2016	31/12/2016	1. Informe mensual presentado a la Subgerencia Administrativa
	5	Retraso de la producción.	Equipos deficientes para la producción y/o Deficiente control de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos.	2	0	Baja	Listado maestro de formatos actualizado	2	1	Baja	Asumir el riesgo	Actualizar el sistema de gestión documental	Profesional universitario Interventor	01/03/2016	31/07/2016	1, Documentos actualizaos presentados a la subgerencia administrativa.
APOYO LOGISTICO. SEGURIDAD	1	No se cumple con normas de identificación de pacientes, usuarios, funcionarios y prestadores	No se realiza socialización de normas de ingreso y son modificadas sin protocolo	4	3	Extrema	Propuesta presentada	4	3	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Establecer normas claras, protocolos para su modificación y socialización de las mismas	Profesional Especializado de Compras y suministros, Subgerente Administrativo, Profesional Especializado Atención al Usuario	01/06/2016	01/12/2016	Seguimientos realizados

	2	No poder dar respuesta a requerimientos de seguridad	Deficiente sistema de monitoreo	4	3	Extrema	Plan de compras elaborado	2	1	Baja	Asumir el riesgo	Adquirir un sistema de monitoreo acorde a las necesidades de la institución	Gerencia, Subgerencia Administrativa, Oficina Jurídica, Profesional Especializado	01/06/2016	28/02/2016	Plan Anual de Adquisiciones
	3	Control sobre pérdida de pacientes.	Vulnerabilidad del sistema de identificación y permanencia del mismo	5	3	Extrema	Informe trimestral	5	3	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Establecer un sistema de identificación de pacientes que cumpla con requerimientos técnicos	Gerencia, Subgerencia Administrativa, Jefe Oficina Jurídica, Profesional Especializado	01/06/2016	31/12/2016	Informes
	4	No poder identificar posibles víctimas frente a evento catastrófico	Sistema obsoleto de identificación	3	3	Alta	Procedimientos	1	1	Baja	Asumir el riesgo	Establecer sistema de identificación de usuarios que permita la trazabilidad	Gerencia, Subgerencia Administrativa, Jefe Oficina Jurídica, Profesional Especializado	01/06/2016	31/12/2016	Seguimiento mensual a ejecución del PAA.
APOYO LOGISTICO. SUBPROCESO DE SALUD OCUPACIONAL	1	No reporte de los accidentes laborales. Reporte extemporáneo de accidentes de trabajo.	Los trabajadores no reportan los accidentes de trabajo	3	4	Alta	Formato de reporte de accidentes de trabajo	3	4	Alta	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1, Programar socialización formal sobre procedimiento de reporte de accidentes.	Profesional Especializado de talento humano, Profesional Universitario de Salud Ocupacional	02/01/2016	31/12/2016	1, No de socializaciones realizadas x 100/ socializaciones programadas.
	2	Multifiliación a ARL.	Desconocimiento de normatividad sobre afiliación y cobertura en seguridad social	3	4	Alta	Formato FR-RH-04	3	4	Alta	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Socializar la norma sobre afiliación en seguridad social a los funcionarios de talento humano	Profesional Universitario de Salud Ocupacional	02/01/2016	31/12/2016	1, Norma socializada. 2. Acta de socialización realizada.
	3	Infecciones, accidentes laborales, sanciones, incremento del costo de los residuos	Aplicación deficiente del código de colores del PGIRH	5	4	Extrema	Cronograma de actividades.	5	4	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1, Actualización de PGIRH 2, Programar socialización formal sobre PGIRH. 3, Realizar inspecciones de verificación de cumplimiento de código de colores.	Auxiliar de Medio Ambiente, Profesional Universitario de Salud Ocupacional, Coordinador de Aseo y Desinfección.	02/01/2016	31/12/2016	1, PGIRH actualizado 2, No de socializaciones realizadas x 100/ socializaciones programadas. 3, Numero de inspecciones realizadas*100/ Inspecciones programadas.
	4	No cobertura de los accidentes laborales.	Desafiliación a ARL de algunos trabajadores	3	4	Alta	Base de datos de Talento humano. Base de datos ARL	3	4	Alta	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1, Reunión mensual para la verificación de la debida afiliación de los trabajadores a la ARL.	Profesional Universitario de Salud Ocupacional Profesional de ARL	02/01/2016	31/12/2016	1. Número de Trabajadores afiliados
APOYO LOGISTICO. SUB PROCESO MANTENIMIENTO HOSPITALARIO	1	Cierre o suspensión temporal de servicios por falla en la infraestructura física	incumplimiento del Plan de Mantenimiento Hospitalario	5	2	Extrema	Formato de solicitud de mantenimiento	3	2	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1. Verificar la Existencia de un Plan de Mantenimiento, 2. Verificar el cumplimiento de ejecución del Plan de Mantenimiento	Coordinador del Sub Proceso	01/03/2016	31/12/2016	1, Informe Ejecución del Plan de mantenimiento
	2	Posibles accidentes en usuarios internos y externos.	Inadecuado mantenimiento a la infraestructura	5	2	Extrema	Seguimiento al Plan de Mantenimiento Hospitalario. Informes mensuales y Trimestrales	5	2	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Cumplir con la ejecución del Plan de Mantenimiento	Coordinador del Sub Proceso	01/03/2016	31/12/2016	Reporte de accidentes por falla en la infraestructura física
	3	Inadecuada prestación de servicios de salud.	Incumplimiento e inoportunidad a las solicitudes de mantenimiento	3	3	Alta	Cumplir con el Plan de Mantenimiento	3	3	Alta	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Realizar seguimiento a las solicitudes de mantenimiento	Coordinador del Sub Proceso	01/03/2016	31/12/2016	No. De Solicitudes atendidas/Total Solicitudes de Mantenimientos Recibidas *100
CONTABILIDAD	1	Estados financieros no razonables	Base de datos de activos fijos desactualizada	5	5	Extrema	Formato, FR-CON-06	5	5	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1, Conciliar la base de datos de activos fijos entregada por el contratista con el módulo de activos fijos y realizar los ajustes correspondientes 2, Verificar las diferencias que surjan sean ajustadas en contabilidad	1, Tercero Contratado para la actividad 2, Contador	31/08/2016	31/12/2016	1, comparativo de activos fijo y balance 2, Nota contable de ajustes de activos fijos
	2	Estados financieros no razonables	Provisión de cartera insuficiente	5	5	Extrema	Formato, FR-CON-08	5	4	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Ajuste de la provisión de cartera	Técnico contable	30/06/2016	31/12/2016	Nota de contabilidad del ajuste

	3	Estados financieros no razonables	Cuentas por pagar sin soporte	5	4	Extrema	Procedimiento, PR-CON-01	3	2	Moderada	Asumir el riesgo, reducir el riesgo	Depurar los terceros que conforman las cuentas por pagar	Técnico Contable / Auxiliar contable	30/06/2016	31/12/2016	numero de terceros por depurar/total terceros x depurar
	4	Incumplimiento del nuevo marco normativo contable resolución 414	Software desactualizado	4	4	Extrema	0	5	5	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Solicitar al Subgerente Financiero la actualización del software	contador	30/06/2016	31/07/2016	documento solicitud
	5	Incumplimiento del nuevo marco normativo contable resolución 414	Cartera no depurada	5	4	Extrema	0	3	3	Alta	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1, depurar saldos de cartera 2, verificar que los saldos que evidencia las conciliaciones sean iguales a los reflejados en contabilidad	coordinador Unidad de cartera	30/06/2016	31/12/2016	1, terceros depurados/total terceros por depurar 2, total conciliaciones registradas/total conciliaciones entre las ERP y la entidad
PRESUPUESTO	1	Imputaciones presupuestales incorrectas	Desconocimientos de normas presupuestales	4	3	Extrema	Revisión de Plan de adquisiciones con los conceptos de gastos presupuestales	4	3	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1, Capacitar a los funcionarios de la entidad en tema presupuestales,	subgerente financiero	01/07/2016	15/12/2016	No de personas capacitadas / total del personal de la subgerencia financiera x 100
	2	Ejecución de contratos sin registro presupuestal	Desconocimiento por parte de los interventores en el proceso presupuestal	5	3	Extrema	0	5	3	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1, Circularizar a los interventores de los contratos la importancia de los registros presupuestales en el proceso de ejecución del contrato 2, Socializar en reunión de SIGAME importancia de los registros presupuestales en el proceso de ejecución del contrato	subgerente financiero	01/07/2016	31/07/2016	1, circular socializada/ total de supervisores x100 2, acta de equipo SIGAME
TESORERIA	1	perdida de efectivo por inseguridad en los puntos de recaudo	inadecuado sistema de seguridad en el punto de recaudo	4	5	Extrema	verificación de la seguridad de los puntos de recaudo	4	5	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Mejorar la seguridad en el punto de recaudo de urgencias	Tesorera / Coordinador de mantenimiento Hospitalario/ Subgerente Financiero	08/06/2016	31/12/2016	mejoras solicitadas / mejoras realizadas al punto de recaudo
	2	Que la información financiera no refleje la realidad económica de la institución	Diferencias entre los saldos de tesorería y contabilidad	4	3	Extrema	0	4	5	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	diseñar e implementar un formato donde se identifique claramente el nit al cual se debe registrar el ingreso	Tesorera	01/06/2016	31/12/2016	formato diseñado bajo el sistema de gestión de calidad e implementado
CARTERA	1	Prescripción de la cartera	falta de depuración y cobro persuasivo de cartera	4	3	Extrema	no	4	3	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	realizar conciliación de cartera con el 20% de las ERP que tengan deudas con la entidad	profesional Especializado de Cartera	15/06/2016	31/12/2016	Numero de actas de conciliación por ERP/ total de ERP que tengan deudas con la entidad x 100
	2	Cartera incobrable por generación de glosas	falta de seguimiento a las facturas glosadas para continuar con la gestión cobro	4	3	Extrema	seguimiento de indicador de oportunidad en el formato FR-PDI-13	4	3	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Actas de conciliación de glosas entre 20% de las ERP que tienen deuda con la entidad	profesional Especializado de Cartera	15/06/2016	31/12/2016	Numero de actas de conciliación de glosas por ERP/ total de ERP que tengan deudas con la entidad x 100
COSTOS	1	los informes de costos no se ajusten a la realidad financiera de la entidad	los procesos de facturación no están usando los centros de costos y áreas del servicio adecuadamente	3	4	Alta	Informes trimestrales por centro de costo	2	3	Moderada	Asumir el riesgo, reducir el riesgo	Coordinar con la empresa contratada de la facturación el programa de capacitación a los facturadores por parte del personal de costos de la entidad y ejecutar el programa	subgerente financiero, profesional especializado de la UF de costos	17/06/2016	30/12/2016	1, programa formulado, 2, No facturadores capacitados / No total de facturadores x 100
	2	no se puede analizar verazmente los porcentajes de rentabilidad por centro de costos	falta actualización y soporte del módulo de costos	4	4	Extrema	0	4	4	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Contratar la actualización del software de Costos junto con la capacitación de personal	subgerente financiero, profesional especializado de la UF de compras y suministros	17/06/2016	30/06/2016	1, contrato suscrito 2, No Personal de costos capacitados / No total de Personal de costos x 100
FACTURACIÓN	1	no cobrar el 100% de los servicios prestados	el personal encargado de la facturación desconoce la normatividad vigente	4	5	Extrema	Auditoria técnica y administrativa al 100% de las facturas generadas	2	3	Moderada	Asumir el riesgo, reducir el riesgo	Realizar capacitaciones mensuales al personal de facturación en normatividad vigente.	Coordinador Facturación	01/04/2016	31/12/2016	No de personas capacitadas/No personas contratadas en el proceso de facturación x100 (mensual)

	2	Posible Detrimento patrimonial por objeciones realizadas por las E.R.P por causas administrativas	Análisis de cuentas no adecuada con el fin de disminuir las glosas definitivas que realizan las E.R.P	4	5	Extrema	Auditoría concurrente. Fortalecer el proceso de análisis de cuentas médicas.	2	3	Moderada	Asumir el riesgo, reducir el riesgo	Fortalecer el proceso de análisis de cuentas médicas. Auditoría concurrente.	Coordinador Facturación	01/04/2016	31/12/2016	Valor facturación refacturada/Valor total facturación radicada (mensual)
AUDITORIA INTEGRAL	1	La entidad no formula acciones de mejora frente a las situaciones encontradas en las auditorías a las historias clínicas y a objeciones de glosas	falta de empoderamiento en la formulación de planes de mejora frente hallazgos	5	5	Extrema	Informe mensual de Auditoría de la Historia Clínica	3	3	Alta	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1. socializar los informes mensuales en los comités de Historia Clínica y sugerir Plan de Mejoramiento	Profesional Especializado de Auditoría Integral	01/03/2016	31/12/2016	numero de informes socializados x 100/ N° de reuniones de Comité realizados
	2	posible Detrimento patrimonial	No realización de las acciones correctivas por parte del personal asistencial	5	5	Extrema	Informe diario de hallazgos de auditoría concurrente	4	3	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	socializar hallazgos al Recurso humano (asistenciales) generador del hallazgo	Cada auditor concurrente del proceso facturación	15/04/2016	31/12/2016	N° hallazgos subsanados/N de hallazgos socializados x 100
	3	Alto porcentaje de glosas registrados en la Facturación del Hospital y Recuperación de Cartera mediante conciliaciones	Déficit de Registros de la Historia Clínica Estancia sin soporte de Pertinencia Deficiencia Paramilitarización Mayor valor cobrado en los insumos y medicamentos comparado al precio del mercado	3	4	Alta	Seguimiento y control de la glosa radicada que ingresan al módulo contable del HDV. clasificación de la glosa por concepto	1	2	Baja	Asumir el riesgo	Comité evaluador de Glosas Informe constante a la Subgerencia Asistencial, Financiera y Comercial	Auditor médico, enfermeras jefes auditoras, técnicos de glosas	01/02/2016	31/12/2016	Número de informes de glosas y actas de conciliación a tiempo a las diferentes subgerencias
ATENCIÓN AL USUARIO	1	Inoportunidad en el tiempo de respuesta a las PQR	Los dueños de procesos donde se generan las quejas, superan los tiempos de respuesta oportuna	3	4	Alta	Procedimiento de peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones PR-AU-01, Análisis y socialización del informe de PQR en el comité de SIGAME	2	3	Moderada	Asumir el riesgo, reducir el riesgo	Realizar control y seguimiento mensual al indicador de tratamiento de PQR, socializar en reunión de equipo SIGAME trimestral mente los resultados del indicador	Profesional Especializado de la U.F Atención al Usuario	02/01/2016	15/12/2016	Informe mensual de PQR, Acta de Comité SIGAME trimestral
	2	Desconocimiento e incumplimiento por parte de los colaboradores de la institución de los Derechos y Deberes de los usuarios	Las diferentes áreas no realizan de manera efectiva las actividades definidas para la divulgación y socialización de los derechos y deberes	3	5	Extrema	Encuesta de satisfacción de usuarios e informe mensual de resultados, procedimiento para medición de satisfacción del cliente PR-AU-04	2	4	Alta	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Socialización de la estrategia de PICO Y PLACA correspondiente a los deberes y derechos de los usuarios en la reunión de equipo SIGAME, Informe mensual de la respuesta del usuario frente a la socialización de los derechos a partir de la implementación del instrumento de medición de satisfacción del usuario actualizado	Profesional Especializado de la U.F Atención al Usuario	02/01/2016	15/12/2016	1 socialización en reunión de SIGAME, 8 informes de medición de deberes y derechos
	3	No brindar información confiable, oportuna y veraz al usuario y su familia	No se cuenta con un mecanismo para realizar retroalimentación de información de interés de los usuarios por parte de las diferentes áreas	4	4	Extrema	Procedimiento de información, orientación y verificación PR-AU-08	3	3	Alta	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	actualizar el Procedimiento de información, orientación y verificación PR- AU-08, en donde se incluya ruta de información	Profesional Especializado de la U.F Atención al Usuario	02/01/2016	15/12/2016	Procedimiento actualizado, y socializado
	4	Incumplimiento a la ruta de atención a población víctima del conflicto armado y violencia sexual	El personal asistencial y administrativo desconoce la normatividad vigente relacionada con la atención a las víctimas.	4	3	Extrema	Aplicación del PR-AU-11 atención integral a las víctimas de violencia sexual	2	1	Alta	Asumir el riesgo	Realizar capacitación y sensibilización al personal en el tema de atención a víctimas de violencia sexual y del conflicto armado	Profesional Especializado de la U.F Atención al Usuario	14/02/2016	15/12/2016	Registro de asistencia de 2 capacitaciones
	5	Incumplimiento a la normatividad vigente para la medición de la satisfacción del usuario	Desconocimiento de la normatividad vigente	4	3	Extrema	procedimiento para medición de satisfacción del cliente PR-AU-04	3	2	Moderada	Asumir el riesgo, reducir el riesgo	actualizar el instrumento de medición de satisfacción del cliente externo teniendo en cuenta los requerimientos del Ministerio de salud, informe mensual de la medición de la satisfacción del usuario al ministerio	Profesional Especializado de la U.F Atención al Usuario	14/05/2016	15/12/2016	Instrumento actualizado y socializado, reportes mensuales de la medición de la satisfacción del usuario al ministerio
EPIDEMIOLOGIA	1	Incumplimiento en la vigilancia epidemiológica, la notificación, los datos, indicadores de los eventos señalados por las normas Colombianas.	No contratación de personal suficiente y con competencias en la vigilancia epidemiológica según las necesidades y capacidad instalada de la IPS.	3	2	Moderada	Seguimiento y análisis en el comité de vigilancia epidemiológica, personal en oficina capacitado y cubrimiento 365 días al año.	2	1	Baja	Asumir el riesgo	Solicitud de personal en formato a talento humano el personal idóneo	coordinadora de la oficina	16/06/2016	31/12/2016	Formato de talento humano con reporte a mensual vs lo contratado

	2	Hurto o fuga de la información confidencial del Hospital radicados en la oficina	falta de seguridad y de compromiso con la confidencialidad de la información de la oficina elaborada con propósitos académicos y de mejoramiento mas no punitivos	3	2	Moderada	Computadores exclusivos para la oficina, con acceso restringido para otras áreas, actas de existencia única copia, llaves de la oficina,	3	2	Moderada	Asumir el riesgo, reducir el riesgo	Asignar claves exclusivas por computador al personal de epidemiología y mantener el área para uso exclusivo de la oficina	coordinadora de la oficina	16/06/2016	31/12/2016	Actas de asignación de claves y seguridad de la oficina
	3	Pérdida de la credibilidad por inoportunidad y falta de calidad en la información.	Intensión de entregar la información confidencial a otros procesos.	2	2	Baja	Código y normas de los procesos de análisis de casos amparados por los protocolos de vigilancia nacionales del INS.	2	2	Baja	Asumir el riesgo	Socialización de las normas en las reuniones de análisis y calificación de confidencialidad en las actas.	profesionales de la oficina	16/06/2016	31/12/2016	Actas de comités y análisis de casos.
PROCESOS MISIONALES																
NUTRICIÓN	1	No brindar de forma oportuna soporte nutricional enteral o parenteral	Desconocimiento en la Clasificación correcta de la interconsulta nutricional	4	3	Extrema	1, Interconsulta diaria reporte dinámica gerencia 2, revista diaria ucis	4	3	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1, recibir capacitación el personal de nutrición sobre clasificación de interconsulta nutricional 2, retroalimentar con el personal médico y con los internos la correcta clasificación e la interconsulta nutricional	Coordinador de Apoyo diagnóstico y Nutricionistas	15/06/2016	31/12/2016	1, Acta de capacitación del personal de Nutrición 2, No de médicos capacitados en clasificación de interconsulta nutricional /24 x100 3, No de capacitaciones dadas a los internos en la inducción en interconsulta nutricional / total de capacitaciones de inducción programadas para los internos x 100
CONSULTA EXTERNA	1	Ocurrencia de suceso de seguridad (caídas)	desconocimiento de la política de seguridad del paciente y conceptos básicos de seguridad (caídas)	5	4	Extrema	guías del ministerio de salud	5	4	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Capacitaciones 90% del recurso asistencial de consulta Externa en política de seguridad del paciente, evento adverso conceptos básicos de seguridad, sistema de reporte de eventos adversos, mecanismos de reacción inmediata ante ocurrencia de evento adverso y recomendaciones de la guía de buenas prácticas de seguridad del paciente en caídas.	Coordinador Unidad Funcional Consulta Externa	17/06/2016	31/12/2016	Número de personas capacitadas/ total de personal contratado para Consulta Externa x100
	2	No prestación y/o inadecuada prestación del servicio en agenda de consulta externa	Novedades de personal (incapacidad y calamidad)	4	3	Extrema	Agendas Concertadas	2	1	Baja	Asumir el riesgo	1, Aplicar el formato de causas de no atención. 2, Reprogramar agendas	Coordinador Unidad Funcional Consulta Externa	17/06/2016	31/12/2016	# de agendas canceladas /# de Agendas concertadas
TERAPIAS	1	No oportunidad en la atención en el servicio de terapia física	Daño en los equipos	4	5	Extrema	Cumplir cronograma de mantenimiento	4	5	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Solicitud de equipos biomédicos verificar cumplimiento a cronograma de mantenimiento preventivo	1. terapeuta, 2. ingeniero biomédico	01/02/2016	31/12/2016	No de solicitudes generadas/ solicitudes atendidas
	2		Falta de insumos	4	4	Extrema	Verificar pedidos y necesidades	4	5	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Compra de elementos de insumo Realizar pedidos periódicos	1, coordinadora, 2. Terapeuta, 3. almacén	01/02/2016	31/12/2016	No. Se insumos entregados/insumos solicitados
	3	Quemaduras por frio / calor	manipulación inadecuada de elementos terapéuticos	4	4	alta	uso de implementos para utilización de frio y calor durante la terapia	4	4	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	* Solicitar compra de elementos de protección * Inducción y capacitación adecuada en la utilización de elementos	1. coordinadora, 2. Terapeuta, 3. Recursos humanos4. compras	01/02/2016	31/12/2016	*cantidad de elementos entregados/elementos solicitados *No de personas capacitadas/ personal de terapia física*100
	4	Cierre de servicio de terapia física por no cumplir con requisitos de prestación de servicio terapia física	No cumplimiento de estándares de área física, infraestructura	5	5	Extrema	Auditoria de calidad requisitos de habilitación	5	5	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	* suscribir un plan de mejoramiento a calidad con solicitud a gerencia para ampliación y adecuación de área de terapia física consulta externa * Realizar monitoreo y seguimiento a plan de mejoramiento	1. Gerencia. 2, subgerencia administrativa y financiera, 3, coordinadora, 4. Terapeuta, 5. compras	01/02/2016	31/12/2016	% de cumplimiento al plan de mejoramiento

HOSPITALIZACIÓN	1	ocurrencia de caídas y úlceras por presión como evento de seguridad	Desconocimiento de la política de seguridad del paciente y conceptos básicos de seguridad	4	4	Extrema	política de seguridad del paciente	4	4	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Capacitaciones 90% de enfermería y auxiliar de enfermería en política de seguridad evento adverso conceptos básicos de seguridad, sistema de reporte de eventos adversos, mecanismos de reacción inmediata ante ocurrencia de evento adverso y recomendaciones de la guía de buenas prácticas de seguridad del paciente que aplique al servicio	Coordinación de Hospitalización Coordinador de enfermería	17/06/2016	31/12/2016	Número de personas capacitadas/ total de personal contratado para hospitalización x100
	2	ocurrencia de caídas y úlceras por presión como evento de seguridad	no identificación del riesgo al paciente	4	4	Extrema	Evaluación de la aplicación de la herramienta establecida en la historia clínica para la clasificación para la prevención de caídas y aparición de úlceras por presión	4	4	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Evaluar un día cada trimestre el 10% del censo diario para verificar la adecuada realización de las escalas de riesgo	Coordinación de Hospitalización y Coordinador de enfermería	17/06/2016	31/12/2016	número de pacientes con correcto diligenciamiento de la escala de riesgo/ la muestra de pacientes del censo diario x 100
	3	el no monitoreo y seguimiento a los resultados del proceso	no realización de seguimiento mensual de indicadores	4	4	Extrema	indicadores del proceso de urgencias (oportunidad de triage, oportunidad de consulta, % ocupacional, estancia mayor de 24 horas)	4	4	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	realización de seguimiento mensual a los indicadores del proceso de Hospitalización(% ocupacional, giro cama)	Coordinación de Hospitalización	17/06/2016	31/12/2016	actas de seguimiento de indicadores/6 x 100
LABORATORIO CLINICO	1	Ingreso erróneo de muestras al software interno del laboratorio clínico.	Deficiencia en la verificación de muestras vs orden medica de solicitud de laboratorio	4	3	Extrema	Formato de Registro del producto no conforme o servicio No conforme, FR-GC-25	4	3	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Verificación de la aplicación de los 5 correctos	coordinador de laboratorio clínico	15/06/2016	31/12/2016	N° de eventos Adversos / x100 N° de muestras tomadas
	2	No se genera el reporte de forma oportuna del paciente	No hay disponibilidad de insumo	4	4	Extrema	formato FR-LAB-654	2	2	Baja	Asumir el riesgo	Auditoria de registro de entrada y salida de insumos	coordinador de laboratorio clínico	15/06/2016	31/12/2016	1,N° de solicitudes entregadas / x100 N° de solicitudes realizadas 2, Numero de solicitudes presentadas por la jefe de sesión/Número de solicitudes realizadas por el coordinador al proveedor x100
UNIDAD DE SERVICIOS ONCOLÓGICOS	1	Ocurrencia de suceso de seguridad (caídas y administración de medicamentos)	desconocimiento de la política de seguridad del paciente y conceptos básicos de seguridad (caídas, medicamentos, infecciones asociadas a la atención)	5	4	Extrema	guías del ministerio de salud	5	4	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Capacitaciones 90% del recurso asistencial de la unidad de servicios oncológicos en política de seguridad del paciente, evento adverso conceptos básicos de seguridad, sistema de reporte de eventos adversos, mecanismos de reacción inmediata ante ocurrencia de evento adverso y recomendaciones de la guía de buenas prácticas de seguridad del paciente en caídas medicamentos, infecciones asociadas a la atención	Coordinador Unidad Funcional de Oncología	17/06/2016	31/12/2016	Número de personas capacitadas/ total de personal contratado para USCAO x100
	2	No prestación y/o inadecuada prestación del servicio en agenda de consulta externa y aplicación de Quimioterapias en USCAO	Novedades de personal (incapacidad y calamidad)	4	3	Extrema	Agendas Concertadas	2	1	Baja	Asumir el riesgo	1, Aplicar el formato de causas de no atención. 2, Reprogramar agendas	Coordinador Unidad Funcional de Oncología	17/06/2016	31/12/2016	casos de incumplimiento de citas / total de citas programadas x100

SALUD MENTAL	1	ocurrencia de suceso o evento adverso de seguridad como, caídas, úlceras por presión, fugas	Desconocimiento de la Política de seguridad del paciente conceptos básicos de seguridad. No identificación del Riesgo del Paciente	5	5	operativo	política de seguridad del paciente Evaluación de la aplicación de la herramienta establecida en la historia clínica para la clasificación para la prevención de caídas fugas y aparición de úlceras por presión	5	5	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Capacitaciones 90% de enfermería y auxiliar de enfermería, Médicos y profesionales en política de seguridad evento adverso conceptos básicos de seguridad, sistema de reporte de eventos adversos, mecanismos de reacción inmediata ante ocurrencia de evento adverso y recomendaciones de la guía de buenas prácticas de seguridad del paciente que aplique al servicio.	Coordinación de la unidad funcional de Salud Mental y Personal de Enfermería de la Unidad	17/06/2016	31/06/2016	Número de personas capacitadas/ total de personal contratado para UFSMental x100
	2	no identificación del riesgo al paciente y/o inadecuado manejo del evento adverso	No aplicación de las escalas de identificación del riesgo de caídas, úlceras y protocolo de fuga, y de reacción frente al evento adverso	4	5	operativo	protocolos y procedimientos y escalas establecidas en la institución	4	5		Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1, capacitación al 90% del personal de Enfermería. 2, aplicar mensualmente con epidemiología la lista de seguridad del paciente, con el fin de evaluar el cumplimiento en la aplicación de protocolos y escalas	coordinador de la Unidad con el Personal de Enfermería de la Unidad y Epidemiología	17/06/2016	31/06/2016	1, Numero de personas capacitadas/ total de personal contratado para UFSMental x100 2, aplicación mensual lista de chequeo de seguridad del paciente
	3	no identificación del riesgo al paciente y/o inadecuado manejo del evento adverso	falta de actualización de los indicadores definidos para el proceso debilidades en el proceso de medición no disponibilidad oportuna de los datos	4	5	Externa	historia clínica, procedimientos y protocolos institucionales	5	5	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Aplicar en conjunto con epidemiología la lista de chequeo de seguridad del paciente mensual y en la reunión mensual dar a conocer los resultados del seguimiento, establecer acciones de mejora	Coordinación de urgencias y Coordinador de enfermería	17/06/2016	31/06/2016	número de pacientes con correcto diligenciamiento de la escalas de riesgo/ la muestra de pacientes del censo diario x 100
	4	El no monitoreo y seguimiento a los resultados del proceso	falta de actualización de los indicadores definidos para el proceso debilidades en el proceso de medición no disponibilidad oportuna de los datos	4	5	Extrema	indicadores del proceso de la Unidad Funcional Salud Mental Formato de indicadores	4	5	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1, actualizar los indicadores del proceso de salud mental FR-PDI-12 2, Realizar la medición y análisis mensual de los indicadores y acción de mejora en el FR-PDI-13	Coordinación de urgencias	17/06/2016	31/06/2016	1, indicadores actualizados en el FR-PDI-12 2, Medición mensual de indicadores en el FR-PDI-13
URGENCIAS	1	ocurrencia de caídas y úlceras por presión como evento de seguridad	Desconocimiento de la política de seguridad del paciente y conceptos básicos de seguridad	4	4	Extrema	política de seguridad del paciente	4	4	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Capacitaciones 90% de enfermería y auxiliar de enfermería en política de seguridad evento adverso conceptos básicos de seguridad, sistema de reporte de eventos adversos, mecanismos de reacción inmediata ante ocurrencia de evento adverso y recomendaciones de la guía de buenas prácticas de seguridad del paciente que aplique al servicio	Coordinación de urgencias y Coordinador de enfermería	17/06/2016	31/06/2016	Número de personas capacitadas/ total de personal contratado para urgencias x100
	2	ocurrencia de caídas y úlceras por presión como evento de seguridad	no identificación del riesgo al paciente	4	4	Extrema	Evaluación de la aplicación de la herramienta establecida en la historia clínica para la clasificación para la prevención de caídas y aparición de úlceras por presión	4	4	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Evaluar un día cada trimestre el 10% del censo diario para verificar la adecuada realización de las escalas de riesgo	Coordinación de urgencias y Coordinador de enfermería	17/06/2016	31/06/2016	número de pacientes con correcto diligenciamiento de la escala de riesgo/ la muestra de pacientes del censo diario x 100
	3	el no monitoreo y seguimiento a los resultados del proceso	no realización de seguimiento mensual de indicadores	4	4	Extrema	indicadores del proceso de urgencias (oportunidad de triage, oportunidad de consulta, % ocupacional, estancia mayor de 24 horas)	4	4	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	realización de seguimiento mensual a los indicadores del proceso de urgencias (oportunidad de triage, oportunidad de consulta, % ocupacional, estancia mayor de 24 horas)	Coordinación de urgencias	17/06/2016	31/06/2016	actas de seguimiento de indicadores/6 x 100
	4	deterioro en la condición clínica por la no adecuada clasificación en triage del paciente	Falta de entrenamiento o experiencia para la clasificación de triage	4	5	Extrema	guía de clasificación de triage	4	4	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Actualizar la guía de clasificación de triage	Coordinación de urgencias	17/06/2016	31/06/2016	documentos realizado y aprobado bajo el sistema de gestión de la calidad

	5	deterioro en la condición clínica por la no adecuada clasificación en triage del paciente	Falta de entrenamiento o experiencia para la clasificación de triage	4	5	Extrema	guía de clasificación de triage	4	5	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	capacitación y evaluación de la adherencia a la guía de clasificación de triage de manera trimestral	Coordinación de urgencias	17/06/2016	31/06/2016	total de médicos capacitados en la guía de triage/total de médicos contratados X100
PATOLOGIA	1	No generar un reporte de patología de alta complejidad de forma oportuna al paciente	No contar con un contrato de prestación de servicio de patología de alta complejidad	5	5	Extrema	Formato de Solicitud de necesidad	5	5	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1, Realizar la identificación de necesidades y Justificación técnica para iniciar el proceso precontractual en prestación de servicios de patología de alta complejidad	Coordinador de Apoyo diagnóstico y terapéutico	15/06/2016	31/12/2016	Contrato de prestación de servicios de patología de alta complejidad suscrito
BANCO DE SANGRE	1	No disponibilidad de hemocomponentes sanguíneos con sello de calidad.	No disponibilidad de promotor de la donación	4	3	Extrema	0	4	3	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1, Solicitar a talento humano una promotora para campañas de banco de sangres. 2, asignar la actividad de promotora a una bacterióloga del Banco de Sangre, 3, Seguimiento a actividades de promoción	Directora y/o Coordinadora Banco de Sangre	02/07/2016	31/12/2016	campañas de donación realizadas / campañas de donación programadas mensualmente x100
	2	No disponibilidad de hemocomponentes sanguíneos con sello de calidad.	No disponibilidad de unidad móvil para realización de campañas extramurales	3	3	Alta	0	3	3	Alta	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Elaborar el proyecto del contrato y obtener cotizaciones de los diferentes bancos de sangre a fin de evaluar el de mejor tiempo de respuesta y oportunidad	Jefe de Planeación, Gerente, Directora Banco de Sangre	02/07/2016	31/12/2016	campañas de donación realizadas / campañas de donación programadas mensualmente x100
	3	No disponibilidad de hemocomponentes sanguíneos con sello de calidad.	Daño de la única centrífuga refrigerada que tenemos	4	3	Extrema	0	4	3	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1, Revisar cumplimiento de cronograma de mantenimientos preventivos de equipos del banco de sangre 2, solicitar una nueva centrífuga	Directora Banco de Sangre, Jefe de mantenimiento, subgerente de servicios asistenciales	02/07/2016	31/12/2016	acta trimestral de seguimiento al cumplimiento del cronograma de mantenimientos de equipos
	4	No disponibilidad de hemocomponentes sanguíneos con sello de calidad.	falta de contrato con otro banco de sangre como parte del plan de contingencia	4	3	Extrema	0	4	3	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1, Elaborar el proyecto del contrato y obtener cotizaciones de los diferentes bancos de sangre a fin de evaluar el de mejor tiempo de respuesta y oportunidad 2, medir la oportunidad de entrega glóbulos rojos (menor de 90 minutos) y plaquetas (menor de 24 horas) con solicitudes de urgencia	Directora y/o Coordinadora Banco de Sangre	02/07/2016	31/12/2016	1, tiempo promedio de entrega de glóbulos rojos/ número de ordenes (debe ser menor a 90 minutos) 2, tiempo promedio de entrega de plaqueta/ número de ordenes (debe ser menor a 24 horas)
	5	Demora en la generación de informes a la Red Nacional bancos de sangre y entes de control.	Equipo de cómputo obsoleto o con poca capacidad	4	4	Extrema	0	4	4	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1, Solicitar back up mensual de la información banco de sangre, 2, solicitar nuevo equipo	Directora y/o Coordinadora Banco de Sangre	02/07/2016	31/12/2016	1, No de backs/6 x100 2, Solicitud de cambio de equipo
MEDICINA CRITICA	1	ocurrencia de caídas, úlceras por presión e infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) como evento de seguridad	Desconocimiento de la política de seguridad del paciente y conceptos básicos de seguridad	5	5	Extrema	política de seguridad del paciente	5	5	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Capacitación al 90% de enfermeras, auxiliares de enfermería y médicos en política de seguridad evento adverso conceptos básicos de seguridad, sistema de reporte de eventos adversos, mecanismos de reacción inmediata ante ocurrencia de evento adverso y recomendaciones de la guía de buenas prácticas de seguridad del paciente en caídas, úlceras por presión e IAAS	Coordinación de Medicina Crítica	28/06/2016	31/12/2016	Número de personas capacitadas / total de personal de Medicina Crítica x100
	2	ocurrencia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) como evento de seguridad	Falta de herramienta para el monitoreo y seguimiento a las Guías de prevención de IAAS	5	4	Extrema	0	5	4	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1. Diseñar bajo el Sistema de Gestión de la Calidad una herramienta de Monitoreo a la Guías de Prevención (IAAS) 2. Evaluar un día cada trimestre el 100% del censo diario para verificar la adecuada realización de las acciones de prevención de Guías (IAAS) establecidas en la herramienta	Coordinación de Medicina Crítica	28/06/2016	31/12/2016	1. Herramienta diseñada bajo el Sistema de Gestión de la Calidad. 2. Número de pacientes con correcto diligenciamiento de las acciones de prevención de Guías (IAAS)/ la muestra de pacientes del censo diario x 100

CIRUGIA Y OBSTETRICIA	1	ocurrencia de eventos de seguridad quirúrgica (Sitio correcto, Paciente Correcto, consentimiento informado)	Desconocimiento de la política de seguridad del paciente quirúrgico y conceptos básicos de seguridad	5	5	Extrema	política de seguridad del paciente	5	5	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Capacitar el 80% del personal de la Unidad Funcional de Producción de Cirugía y Obstetricia en política de seguridad evento adverso y seguridad del paciente quirúrgico.	Coordinador de Cirugía y Obstetricia	28/06/2016	31/12/2016	Número de personas capacitadas / total de personal de Cirugía y Obstetricia x100	
	2	ocurrencia de eventos de seguridad quirúrgica (Sitio correcto, Paciente Correcto, consentimiento informado)	Falta cuantificar el cumplimiento de las acciones seguridad del paciente quirúrgico según lista de chequeo de seguridad del paciente quirúrgico.	5	4	Extrema	Lista de Chequeo de seguridad del paciente quirúrgico	5	4	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	Medir bimestralmente el cumplimiento de las acciones de la lista de chequeo de seguridad del Paciente en el 10 % de los pacientes de Cirugía Programada	Coordinador de Cirugía y Obstetricia	28/06/2016	31/12/2016	Numero de mediciones del cumplimiento de las acciones de lista de chequeo de seguridad del paciente / 3 * 100	
SERVICIOS FARMACEUTICOS	1	No oportunidad en la entrega de insumos medico quirúrgicos	Que no se logre mantener el nivel mínimo de insumos medico quirúrgicos por demora en: El tiempo de reposición, la realización de pedidos o en la elaboración de contratos.	5	4	Extrema	Comparativo semanal de los pedidos realizados por los servicios vs stock de insumos	5	4	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1. Seguimiento al stock mínimo 2. Realizar pedidos oportunamente a los proveedores teniendo en cuenta el stock mínimo. 3. Realizar un sobre stock los primeros meses del año 4. Implementar indicador de medición en la oportunidad en la entrega de insumos medico quirúrgicos	Coordinador Apoyo Diagnóstico, Químico Farmacéutico y Regente de Farmacia	17/06/2016	31/12/2016	No de insumos medico quirúrgicos entregados /No total de insumos medico quirúrgicos solicitados x 100 (mensual)	
	2	No oportunidad en la entrega de medicamentos y dispositivos médicos	Que no se logre mantener el nivel mínimo de un medicamento o dispositivo medico por demora en: El tiempo de reposición, la realización de pedidos o en la elaboración de contratos.	5	4	Extrema	Comparativo diario de las ordenes medicas realizadas por los servicios vs stock de medicamentos y dispositivos médicos	5	4	Extrema	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1. Seguimiento al stock mínimo 2. Realizar pedidos oportunamente a los proveedores teniendo en cuenta el stock mínimo. 3. Realizar un sobre stock los primeros meses del año	Supervisor e interventor contrato del Servicio Farmacéutico SYD Servicio Farmacéutico SYD (contratista)	17/06/2016	31/12/2016	Nº de medicamentos y dispositivos médicos entregados / No total de medicamentos y dispositivos médicos solicitados 100 (mensual) No. de fórmulas despachadas en los horarios establecidos *100/No. de Formulas despachadas (mensual)	
	3	Brindar una atención en salud no segura	Que los Medicamentos y dispositivos médicos de baja rotación alcancen su fecha de caducidad. Que el almacenamiento no cumpla con las condiciones adecuadas para un medicamento específico	Semaforización de insumos medico quirúrgicos, registro de las condiciones ambientales en la bodega en el respectivo formato para su control.	5	3	Extrema		3	1	Moderada	Asumir el riesgo, reducir el riesgo	1. Realizar diariamente el registro de las condiciones ambientales (Temperatura y Humedad) 2. Realizar verificación mensual a las fechas de vencimiento y semaforización de los medicamentos y dispositivos médicos que se encuentran en la bodega y carros de paro.	Químico Farmacéutico, Regente y Auxiliar de Farmacia	17/06/2016	31/12/2016	Número de registros mensuales de Temperatura y Humedad relativa/ No de registros programados en el mes, Actas de revisión de carro de paro e indicador: No de carros revisados en el mes/ No de carros programados para revisión Correcta Semaforización de los insumos medico quirúrgicos del depósito de medicamentos
	4	No contar con reportes de eventos adversos para la evaluación y gestión que mitigen la recurrencia del evento adverso al medicamento o dispositivo medico	No reporte de eventos adversos asociados a medicamentos, dispositivos médicos y reactivos Químicos ni el seguimiento de los mismos	Manual farmacovigilancia, Manual de tecnovigilancia	4	4	Extrema		2	2	Baja	Asumir el riesgo	Realizar capacitaciones a los servicio donde se manipulen medicamentos y dispositivos médicos, en los tema de farmacovigilancia y tecnovigilancia, para incentivar el reporte oportuno de los eventos adversos a medicamentos y dispositivos médicos	Químicos Farmacéuticos Hospital Químicos Farmacéuticos SYD Ingeniera Biomédica	17/06/2016	31/12/2016	No de capacitaciones realizadas en el año / 7 x100
	5	Cierre del Servicio por falta de cumplimiento de requisitos de habilitación	No adecuación de la central de aire medicinal comprimido para su posterior certificación	Ninguno	4	3	Alta		4	3	Alta	Reducir el riesgo, compartir o transferir el riesgo	1. Re-estructuración física de la central de aire medicinal para cumplir con lo exigido por la normatividad vigente. 2. Aprobar presupuesto para la realización de las validaciones y calificaciones a equipos y técnicas analíticas para el control de calidad del aire medicinal producido IN SITU por compresor. 3. Realizar solicitud de visita al INVIMA y posterior certificar en	Gerencia, Coordinador Apoyo Diagnóstico, Químico Farmacéutico e Ingeniera Biomédica	17/06/2016	31/12/2016	Solicitud de visita Certificación en BPM ante el INVIMA

