HOSPITAL DEPARTAMENTAL María Inmaculada E.S.E.	MEJORAMIENTO CONTINUO	CODIGO	MC-F-91
		VERSION	001
	MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONALES	FECHA:	2021-10-21
			PAGINA: 1 de 1

MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONALES 2024

PRIMER TRIMESTRE 2024

IDENTIFICACION DE LOS RIESGOS / VALORACION INICIAL DE LOS RIESGOS (RIESGO INHERENTE)

No.	Proceso	Clasificacion del riesgo	Impacto ¿Qué?	Causa inmediata ¿Cómo?	Causa raíz¿Por qué?	Frecuencia	Probabilidad Inherente	%	Impacto inherente	%	Zona de riesgo inherente
1	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	Ejecución y administración de procesos	Estancamiento institucional, pédida de imagen de la organización	Que no se alcancen los objetivos institucionales.	Retrazo en la elaboración y seguimiento del POA.	4	BAJA	40%	CATASTROFICO	100%	EXTREMA
2	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO SICOF	Ejecución y administración de procesos	Imagen negativa y posicionamiento debil de la entidad en el sector salud	Que las partes interesadas no esten lo suficientemente informadas de los aspectos relevantes de la organización	Ruta de comunicación no utilizada para el correcto funcionamiento del plan de comunicaciones No se ejecutan las actividades programadas en el plan de comunicaciones	365	MEDIA	60%	MAYOR	80%	ALTA
3	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO SICOF	Fraude interno	incurrir a la entidad en sanciones penales, disciplinarias y fiscales	Ser utilizados como instrumento para camuflar actividades provenientes de LA/FT	Falta de aplicación de los procedimientos del manual SARLAFT	1500	ALTA	80%	CATASTROFICO	100%	EXTREMA
4	MEJORAMIENTO CONTINUO	Ejecución y administración de procesos	Tener un Sistema de Gestión Debil	Que no se apliquen las herramientas de evaluación de la eficacia del sistema de gestión	No realizar la auditoría al Sistema Integrado de Gestión en todos los procesos de la institución.	12	MUY BAJA	20%	MAYOR	80%	ALTA
5	MEJORAMIENTO CONTINUO	Ejecución y administración de procesos	Ejecutar acciones sin impacto en el mejoramiento continuo en los procesos de la institución	Que las acciones del proceso de Mejoramiento Continuo no constituyan herramientas suficientemente fuertes para producir los cambios en los procesos de la institución.	Las actividades de los planes de acción derivadas de las no conformidades detectadas en auditorías no van directamente a la causa raiz para mitigar el riesgo de materialización. La falta de seguimiento y análisis por parte de los procesos a sus indicadores de gestión	96	MEDIA	60%	MAYOR	80%	ALTA
6	MEJORAMIENTO CONTINUO	Ejecución y administración de procesos	Tener una deficiente gestión documental	Que los documentos del SIG estén desactualizados o que incumplen los objetivos y alcances para lo que fueron creados.	No hacer seguimiento oportuno a la documentacion por parte del proceso de mejoramiento continuo. Falta de socialización e implementación del procedimiento MC-P-03.	1437	ALTA	80%	MODERADO	60%	ALTA
7	MEJORAMIENTO CONTINUO	Ejecución y administración de procesos	Atención insegura frente a los propositos de la organizacion	Que los eventos adversos no se logren controlar en la institución	Todas las estrategias de seguridad establecidas en el hospital no estan implementadas, ni todas se monitorean	32362	MUY ALTA	100%	CATASTROFICO	100%	EXTREMA
8	SERVICIO DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO	Ejecución y administración de procesos	Sanciones por parte de las entidades de vigilancia y control	Incumplir en los tiempos de respuesta a Peticiones y Quejas de los usuarios	No se realizan acciones correctivas por parte de los lideres a quejas y reclamos recurrentes Retraso en la proyección de respuesta por parte de los lideres de las áreas de la institución.	129	MEDIA	60%	MAYOR	80%	ALTA
9	SERVICIO DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO	Ejecución y administración de procesos	Insatisfacción del usuario frente al proceso de información brindada por la entidad	Comunicar informacion erronea a los usuarios respecto a las novedades de los servicios del hospital	Falta un mecanismo de comunicación directa entre los servicios y SIAU para mantener actualizado al personal sobre las novedades de atención	36500	MUY ALTA	100%	MAYOR	80%	ALTA

CONTROLES MEJORADOS / CONTROLES MODIFICADOS (cambios, modificaciones y anexos) / EVALUACION DE CONTROLES / RIESGO RESIDUAL

No.	Descripción del control	MODIFICACIONES RIESGO	CONTROLES	LIDER Y/O APOYO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	Valoración del control	Nivel de consistencia	Solidez del conjunto de controles	Probabilidad	Impacto	Probabilidad residual	Probabilidad residual final	Impacto residual	Impacto residual final	Zona de riesgo final	Tratamiento
1	1. El asesor de planeación en el primer trimestre del año emite comunicado de los plazos establecidos para la formualación del plan operativo anual por cada proceso/área con el fin de que éstos programen su reunión de concertación de actividades y metas con el equipo de direccionamiento estratégico de la institución. Este seguimiento se realiza hasta completar el 100% de las procesos/áreas involucrados y cubrir el 100% de los objetivos estrategicos fijados por la dirección de la institución y la evidencia son los listados de asistencia a las mesas de trabajo realizadas.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO	25%	15%	40%	25%	10%	5%	80%	MODERADO	MODERADO	X		#VALOR!	Muy baja	0%	Catastrofico	EXTREMA	Aceptar
	2. El profesional de planeación verifica el cumplimiento al POA establecido, a través del seguimiento trimestral que realiza a los reportes realizados por los diferentes lideres de proceso frente al cumplimiento de metas dejando evidencia en la matriz de seguimiento y en los correos emitidos por la oficina de planeacion. Cuando no se cumpla los requerimiento en las fechass establecidas se informa a la gerencia y se hace observacion a los líderes a través del comité de gestion y desempeño.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO	15%	15%	30%	25%	15%	5%	75%	MODERADO				#VALOR!					
2	1. El lider del proceso de comunicaciones socializará trimestralmente a las areas/procesos del HDMI, el procedimiento para la elaboración del Plan de comunicación que incluye la ruta y la herramienta (brief-ticket), con el fin de mejorar el trámite de solicitudes de comunicación. La evidencia quedará en actas de socialización. y las desviaciones que se presenten ante el desconocimiento de la ruta seran nuevamente instruidas por el equipo de comunicaciones.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Baja	0%	Mayor	ALTA	Reducir
	2. El asesor de planeación trimestralmente realiza seguimiento al plan de comunicaciones establecido para verificar el cumplimiento del mismo. Cuando detecta el incumplimiento de las actvidades planteadas requiere las explicaciones respectivas a las áreas involucradas y replantea nuevo plazo para su cumplimiento dejando acta de reunion con las partes.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO												#VALOR!					
3	1. El oficial de cumplimiento verifica de manera trimestral la aplicación de procedimientos del Manual de SARLAFT, en las áreas de riesgo de la institución :Talento Humano, Contratación, Almacén yTesorería para corroborar que los procedimientos se esten realizando conforme a lo establecido, dejando constancia de lo encontrado en informe semestral de seguimiento a SARLAFT y estableciendo planes de mejora ante las desviaciones encontradas.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Baja	0%	Catastrofico	EXTREMA	Reducir
4	1. El Profesional especializadoi de gestion de la calidad en el primer trimestre del año verifica la elaboración del programa anual de auditoria del Sistema Integrado de Gestión; para garantizar su ejecución según cronograma, reprogramando las auditorías no realizadas dentro de la vigencia. La evidencia de lo actuado, es el programa aprobado por la profesional especializado de la gestion de la calidad en el formato MC-F-92	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Muy baja			ALTA	Reducir
	2. El Profesional especializado de Gestión de Calidad verifica previo a la fecha programada de la auditoría, la realización de actividades correspondiente a su preparación. Evidencias de este control son los diferentes documentos que reposan en la carpeta compartida "Auditoría Interna/pre-auditoría" como la evaluacion de competencias e independencia del auditor, las listas de verificacion y el cronograma de actividades, entre otros.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Muy baja	#REF!	Mayor		
5	1. El Profesional de Calidad verificará cada que se levante un plan de mejora producto de auditorías, la adherencia al procedimiento MC-P-02 Formulación y ejecución de los planes de mejoramiento mediante la asesoría y acompañamiento al lider del proceso para asegurar una correcta formulación de las acciones dejando evidencia del analisis causal realizado con el proceso.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Muy baja			ALTA	Reducir
	2. El Profesional de Calidad verifica de manera mensual el diligenciimiento por parte de los procesos, de los indicadores en el modulo de daruma, esto para detectar incumplimiento tanto en este procedimiento como en el cumplimiento de las metas establecidas. Cuando encuentra desviaciones, comunica al lider del proceso implicado y realiza la asistencia técnica repectiva. Las evidencias de lo actuado son los correos institucionales, los informes de gestion y las planillas de la asistencia técnica realizada	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Muy baja	0%	Mayor		
6	1. El Técnico de Calidad encargado de la gestion documental trimestralmente verifica el cumplimiento de la meta establecida para cada año con respecto a la actualización de documentos de los procesos, para identificar brecha. Evidencia de ello son los informes de cumplimiento realizados. Cuando se advierte el incumplimiento de la meta se requerirá a los líderes de proceso a través de memorando y se harán mesa de trabajo.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Baja			MODERADA	Reducir
	2. El Técnico de calidad a cargo, cada que los procesos lo requieran, realizará la asistencia técnica necesaria para la aplicación del procedimiento MC-P-03 y así asegurar una optima actualizacion documental. Cuando se realizan observaciones frente al incumplimiento de los requsitos de los documentos, realiza las retroalimentaciones pertinentes a los lideres de los procesos. El registro de lo actuado quedará en actas trimestrales de las asistencias realizadas y en el informe de trazabilidad de los documentos gestionados.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Muy baja	0%	Moderada		
7	1. Las gestoras de seguridad socializarán mensualmente los protocolos del programa de seguridad del paciente, en los servicios asistenciales con el fin de mejorar el desempeño de acciones seguras en el personal asistencial, dejando registro de lo actuado en actas de socialización realizadas. Cuando se materializa un suceso no deseado, aplican el procedimiento para el análisis y gestión de eventos adversos establecido en el programa de seguridad del paciente de la institución	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%					#VALOR!				EXTREMA	
	2. Las gestoras de seguridad verificarán mensualmente en los servicios la aherencia a los protocolos de seguridad del paciente mediante la aplicación de listas de chequeo, para comprobar su adherencia. Los registros dejados por el control son las listas de chequeo y las retroalimentaciones realizadas de los resultados obtenidos.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%					#VALOR!					
	3. Las gestoras de seguridad de manera diaria verifican mediante busquedas activas, condiciones de seguridad en los servicios..	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO												#VALOR!					
8	1. El profesional SIAU realiza seguimiento para que las respuesta proporcionadas por las áreas o servicios implicados en las quejas y reclamos de los usuarios, se ajusten a los terminos establecidos por la ley y los contemplados en el procedimiento institucional de trámite de manifestaciones SIAU-P-02, dicho seguimiento lo realiza de forma presencial o por correo electrónico a los líderes de los procesos para recordar los tiempos de respuesta; cuando se excede el plazo, la profesional SIAU reporta a CI, al lider del proceso para gestionar con celeridad la respuesta. La constancia de dicho control son los correos electrónicos enviados a los servicios implicados, el registro de los tiempos de respuesta cargados en el modulo de satisfaccion de daruma, el monitoreo realizado a través del indicador de oportunidad de PQR y los informes de SIAU retroalimentados a los lideres	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Baja	0%	Mayor	ALTA	Reducir
9	1. Profesional de atención al usuario recibe diariamente retroalimentación de novedades por grupo de whatsapp de parte de las diferentes áreas y/o servicios de la institución y esta a su vez retroalimenta en reuniones de autocontrol con su equipo para actualizarlos e identificar las fallas existentes. Cuando se identifican fallas se realizan las acciones correctivas en el proceso..	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Media	0%	Mayor	ALTA	Reducir

10	GESTION HOSPITALARIA	Ejecución y administración de procesos	Estancias prolongadas de los pacientes en los servicios de hospitalizacion	Tratamientos y ayudas diagnosticas no pertinentes para la patologia de los pacientes	Falta de adherencia a las GPC	12853	MUY ALTA	100%	CATASTROFICO	100%	EXTREMA	1. El medico hospitalario anualmente verifica la adherencia z a las GPC a través de evaluaciónes para medir la adherencia por parte de los medicos tratantes, de las principales causas de egreso hospitalriol. Evidencia de ello son las evaluaciones y las listas de chequeo realizadas.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION	2. agregar lista de chequeo en ventana emergente de **indigo** al asignar los Dx mas frecuentes (HTA, deabetes, codigo rojo, HTE, diarrea, epoc, IAM. 3. adoptar guias actualizadas para patologias mas frecuentes	LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Muy alta	0%	Catastrófico	EXTREMA	Reducir
11	GESTION HOSPITALARIA	Usuarios, productos y prácticas	Provocar Eventos adversos	Que se administre de forma incorrecta los medicamentos a los pacientes	Falta de adherencia al protocolo de administración de medicamaentos (los 12 correctos) Falta de aplicación de protocolos para la prevencion de flebitis	33219	MUY ALTA	100%	CATASTROFICO	100%	EXTREMA	1. Los jefes de enfermería de los procesos con mayor indice de eventos adversos (urgencias, Internaciones I,II y III) capacitan mensualmente a los auxiliares de los servicios en el protocolo de administración de medicamentos, enseñando la tecnica de los 12 correctos, y verifica trimestralmente mediante aplicación de las listas de chequeo establecidas para ello, la administracion correcta de medicamentos en los servicios. Cuando encuentran desviación, el jefe realiza retroalimentación correctiva y si se vuelve repetitivo, toma medidias administrativas.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%					#VALOR!				EXTREMA	
												2. El coordinador de los servicios de mayor indice de eventos adversos, evalúa con base en los informes de seguridad del paciente, el desarrollo de eventos adversos relacionados con la incorrecta administracion de medicamentos, para verificar el comportamiento de este evento tras las capacitaciones y evaluaciones aplicadas. Evidencia de ello es el indicador diligenciado y analizado	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%					#VALOR!		0%	Catastrófico		
12	GESTION DEL CUIDADO CRITICO	Usuarios, productos y prácticas	Pérdida de la credibilidad corporativa en los servicio de cuidado crítico del HDMI	Generar eventos adversos por fallas atribuibles al personal de los servicios de cuidado critico	1.Falta de un proceso de induccion con evaluacion para corroborar las competencias funcionales de los colaboradores del servicio 2. No identificacion de los principales riesgos de los pacientes del servicio:caidas, ulceras por presion, extubacion no programada, eventos embólicos 3.Falta de supervisión en los procedimientos de atencion de los pacientes	959	ALTA	0,8	CATASTROFICO	100%	EXTREMA	1.Los coordinadores de los servicios que hacen parte del proceso de GCC(UCIA-UCIN) verifican que el proceso de induccion en puesto de trabajo, se realiace de manera trimestral mediante evaluación por puesto de trabajo para verificar las capacidades funcionales del personal asistencial en cada servicio. Si los resultados obtenidos del proceso de evlauacion fueran de "reaprobación" se concede una segunda oportunidad para ser evaluado nuevamente. El resgistro de lo actuado son las evaluaciones realizadas al personal nuevo para verificar si fue comprendida o asimilada la informacion suministrada	SUBIO LA MISMA ACTA		LIDER DEL PROCESO							0%					#REF!				EXTREMA	
												2.La gestora de seguridad del paciente en ucia, verifica en cada ingreso, la aplicación de las escalas de valoracion de los principales riesgos de los pacientes (caidas, ulceras por presion, extubacion no programada, eventos embólicos) para garantizar la correcta identificacion de los riesgos presentes. Cuando encuentra que no hay deteccion del riesgo, lo comunica al jefe encargado. Del control realizado quedan las listas de chequeo de ingreso a UCIA verificadas sobre cada paciente	SUBIO LA MISMA ACTA		LIDER DEL PROCESO							0%					#REF!					
												3. La coordinadora del servicio de UCIA verifica una vez a la semana y de forma aleatoria que la gestora de seguridad del servicio haya realizado el chequeo pertienente para la comprobacion de condiciones de la lista de verificacion de seguridad del paciente de UCIA. Cuando se advierta alguna falta, la coordinadora realizará las retroalimentaciones respectivas a la gestora Del anterior control quedan el informe de resultados de la aplicacion de las lisitas de verificacion realizadas a los pacientes.	SUBIO LA MISMA ACTA		LIDER DEL PROCESO							0%					#REF!					
13	GESTION DE URGENCIAS Y OBSTETRICIA	Usuarios, productos y prácticas	Complicaciones del estado clínico a la entrada de la atención de los pacientes	Realizar una indebida clasificación del triage	Falta de competencia del personal. Falta de adherencia a la resolución 5596 de 2015	9251	ALTA	80%	CATASTROFICO	100%	EXTREMA	1. La medico de triage o quien haga sus veces verifica en cada paciente las condiciones que según la resolución 5596 de 2015 se constituyen en criterios de clasificación de prioridad, dejando registro de justificación de la clasificación realizada en anexo de HC de triage.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%					#VALOR!				EXTREMA	
												2.El coordinador de urgencias con cada vinculación de personal médico nuevo realizar socialización del procedimiento institucional basado en la resolucion 5596 de 2015 dejando constancia en las listas de asistencia	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Muy baja	100%	Catastrófico		
14	GESTION DE URGENCIAS Y OBSTETRICIA	Usuarios, productos y prácticas	Perdida de imagen corporativa,	Muertes maternas y perinatales	Falta de aherencia del personal asistencia a las guías de atencion materno-perinatal. Falta de oportunidad en la lectura e interpretacion de resultados de estudios de laboratorio clinico	3360	ALTA	80%	CATASTROFICO	100%	EXTREMA	1. El profesional auditor de calidad verifica trimestralmente mediante listas de chequeo, la adherencia a las Guías de Colaspco materno (Codigo Rojo, Crisis hipertensiva Y Atención integral del parto) sobre las historias clínicas y la oportunidad en la toma e interpretacion de resultados de laboratorio quedando registro de este control en los formatos GUO-F-25, GUO-F-27 y GUO-F-28 . Lo anterior es retroalimentado al equipo interdisciplinario de la unidad de obstetricia para lo cual queda acta de socializacion del informe como control preventivo de los sucesos no deseables.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Baja			EXTREMA	Reducir
												2. El personal de enfermería verifica a la entrada de la paciente al servicio de sala de partos, el estado de salud por medio de la toma de signos vitales y la toma del monitoreo con las pacientes que tiene 30 o mas semanas de gestación, y en el posparto , el control de signos vitales en formato denominado Seguimiento activo del posparto para la madre y el recien nacido con el fin de identificar los riesgos maternos.La evidencia de este control serán los registros en el formato GUO-F-52	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!					
												3. Las gestoras de seguridad de manera mensual verifican el kit de emergencias obstétricas para garantizar la disponibilidad de insumos y prestacion oportuna de la atención. La evidencia son las evaluaciones realizadas por intermedio del formato GUO-F-24	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!					
												4. La jefe de enfermería de turno verifica y repone los insumos medicoquirurgicos utiizados en cada emergencia obstétrica para garantizar que el kit quede completo para proximas atenciones. La evidencia son los registros realizados en el formato GUO-F-23	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Muy baja	0%	Catastrófico		
15	GESTION DE URGENCIAS Y OBSTETRICIA	Usuarios, productos y prácticas	Causar pérdida de la confianza del usuario y su familia frente a la institución.	Pérdidas de elementos personales de los pacientes cuando son entrados en los servicios de urgencias y sala de partos y Sala Era.	Desconocimiento del protocolo para identificar, verificar, proteger y salvaguardar los bienes que son de propiedad del usuario.	9175	ALTA	80%	MAYOR	80%	ALTA	1. El personal Enfermera Jefe de cada servicio con cada ingreso al servicio de urgencias, sala de partos y Sala ERA que cuente o no con acompañante verifica que las pertenencias retiradas por el personal auxiliar de enfermería sean entregadas a los familiares, acompañantes para su respectiva custodia según procedimiento GUO-Pt-02, cuando no hay acompañante deja registro de la custodia en el formato GUO-F-01.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Alta	0%	Mayor	ALTA	Reducir
16	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Usuarios, productos y prácticas	Estancias prolongadas Relacion costo/beneficio no es la esperada	Que los pacientes no se evolucionen de manera oportuna	Inoportunidad en la evolucion diaria por parte de los especialistas	22103	ALTA	80%	CATASTROFICO	100%	EXTREMA	La subgerente cientifica monitorea diariamente a través de los auditores concurrentes de cada servicion, que todo los usuarios de la institucion cuenten con notas de evolucion por las especialidades tratantes. Se realizara notificacion por los auditores de manera diaria a subgerencia cientifica mediante correo electronico.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Alta	0%	Mayor	EXTREMA	Reducir
17	GESTION QUIRURGICA	Usuarios, productos y prácticas	Incumplir los objetivos de seguridad en la atención	Que se incrementen las Infecciones en sitio operatorio	Falta de adherencia a los protocolos de limpieza y desinfeccion, lavado de manos y asepsia y antisepsia en sitio operatorio.	9600	MUY ALTA	100%	CATASTROFICO	100%	EXTREMA	1. El jefe del servicio corrobora la ejecución de las actividades de limpieza y desinfeccion de las áreas, mediante la inspeccion y verificación del diligenciamiento por parte de la auxiliar de enfermería de los formatos establecidos, dejando constatado su chequeo mediante firma de los formatos.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Media			EXTREMA	Reducir
												2. El auxiliar de enfermería realiza la asepsia y antisepsia del lugar dejando registro en sus notas de enfermería de la realización del procedimiento realizado. El jefe del servicio verifica la actividad realizada por el auxiliar.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Muy baja				
												3. El monitor asignado por el jefe de cirugía capacitará semestralmente al equipo de salas de CX, para asgurar la adherencia al protocolo de lavado de manos, Esta capacitación es complementada con las actividades de las gestoras de seguridad quines trimestralmente aplicarán listas de chequeo de lavado de manos para detectar desviaciones en los protocolos, reportando y gestionando los resultados del indicador.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Muy baja	0%	Catastrófico		
18	GESTION ASISTENCIA AMBULATORIA	Usuarios, productos y prácticas	Generar Insatisfaccion en los usuarios	Que se presente demora en la respuesta de asignación de citas	Inoportunidad en la respuesta por parte del call center	21600	MUY ALTA	100%	MAYOR	80%	ALTA	1. El supervisor de operaciones del call center monitorea diariamente los tiempos de respuesta para el cumplimiento de la meta de oportunidad establecida para la asignacion de cita (menos de 12h) por cada operario, a través del sistema de asignacion de citas de indigo donde va quedando el registro de la atencion. Cuando encuentra que algun operario presenta desviacion en la oportunidad, realiza los llamados de atencion pertinentes. El registro del control son los seguimientos a través de la plataforma.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!				ALTA	Reducir
19	GESTION ASISTENCIA AMBULATORIA	Usuarios, productos y prácticas	Insatisfacción del usuario en el servicio de consulta ambulatoria especializada.	No tener las horas de consulta especializada suficientes para atender de forma oportuna la demanda	Falta de talento humano de algunas especialidades Inapropiada planeación de horas de consulta especializada ambulatoria.	228	MEDIA	60%	MAYOR	80%	ALTA	1. El Profesional especializado de servicios ambulatorios mensualmente verifica que los datos históricos de la estadística de consulta externa especializada informados a Subgerencia Científica por medio de correo institucional, corresponda a las horas contratadas para prestar el servicio. Si se presenta desviación la líder de gestion ambulatoria comunica a la subgerencia científica y este gestiona un mayor número de horas con las especialidades necesitadas. El control anterior puede evidenciarse con un revisado en los cuadro de turnos de los especialistas, los correos y las agendas disponibles.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Muy baja	0%	Mayor	ALTA	Reducir
20	LABORATORIO CLINICO	Usuarios, productos y prácticas	Generar diagnósticos inoportunos y punciones evitables al paciente	Realizar procesamientos de muestras que incumplen con los requisitos técnicosy/o administrativos requeridos.	Falta de la orden médica u ordenes medicas erroneas Falta de adherencia al protocolo de toma de muestras. Muestras que no cumplen los criterios de calidad	195108	MUY ALTA	100%	CATASTROFICO	100%	EXTREMA	1. El auxiliar de laboratorio que recibe las muestras verifica cada que se recibe una muestra en el dash board, tanto que exista la solicitud médica para las muestras recepcionadas como la calidad de la muestra para darle paso en el tablero a "muestras recolectada" y así empezar su procesamiento, sino aparece la orden medica o no cumple con los criterios de calidad, lo registra en el formato de revision de muestras, realiza el reporte y solicita las mejoras al incidente/ evento adverso.Del anterior control quedan los resgistros de revision de muestras y el número del reporte del evento.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Media			EXTREMA	Reducir
21	LABORATORIO CLINICO	Usuarios, productos y prácticas	Producir resultados de laboratorio no confiables	Los controles de calidad internos del laboratorio no detectan la desviación o son mal interpretados	Falta de aplicación del Manual de calidad Interno del laboratorio	40880	MUY ALTA	100%	CATASTROFICO	100%	EXTREMA	1. Los bacteriologos que procesan las muestras en cada sección al inicio del día verifican en el sofwaqre Infinity, que los resultados obtenidos del control se encuentran dentro del rango establecido y la tendencia con respecto a los valores anteriores registrando las observaciones en un formato de analisis de Controles.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Media	0%	Catastrófico	EXTREMA	Reducir

22	**LABORATORIO CLINICO**	Ejecución y administración de procesos	Fallas en la continuidad de la atencion	Que el laboratorio clinico se quede sin los insumos y reactivos necesarios para su operación	Inadecuada planeacion en solicitud de insumos y reactivos, teniendo en cuenta el consumo del mes anterior. Dificultades en el flujo de recursos financieros a los proveedores La demanda supere a la oferta (no se puede controlar)	1365	ALTA	80%	CATASTROFICO	100%	**EXTREMA**	1. La coordinadora del laboratorio mensualmente verifica la existencia de los insumos y reactivos en bodega, comparando la estadistica de los examenes realizados con la cantidad de reactivos entregados al servicio. Cuando encuentra desviaciones en los inventarios, solicita las explicaciones pertinentes, mientras realiza los nuevos pedidos al área de almacén. El control anterior queda evidenciado en la comprobacion realizada a las solicitudes realizadas por parte del encargado de cada seccion del laboratorio	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Alta	0%	Catastrófico	EXTREMA	Reducir
23	**BANCO DE SANGRE**	Ejecución y administración de procesos	Entorpecimiento del flujo normal de las operación del banco de sangre	Que el banco de sangre no cuente con datos reales frente a los insumos necesarios para su debida operacion	Errores u omisiones en el registro de entradas y salida de elementos e insumos del stock del banco de sangre	120	MEDIA	60%	MAYOR	80%	**ALTA**	1. El bacteriologo de cada seccion (responable de reactivos y dispositivos médicos) o auxiliar de enfermería (responsable de los insumos) realiza el ingreso y/o egreso de los elementos en orden cronológico, registrando en el Kardex los datos relacionados con el moviento a realizar (fechas, cantidades, lotes, saldos, etc) con el fin de llevar un control del inventario existente, además durante los primeros 5 días del mes se verifica por parte del encargado de cada sección (bacteriólogo, auxiliar de enfermería) la semaforización, con el objetivo de controlar los elementos próximos a vencer y generar, si es necesario, la solicitud de insumos a la casa comercial correspondiente. Cuando se presenta alguna novedad, se reporta al coordinador, para que se realice trazabilidad de la inconsistencia.El soporte de lo anterior será el kardex y el semáforo acorde al vencimiento.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Baja	0%	Mayor	ALTA	Reducir
												2. El director y/o coordinador del Banco de Sangre, realiza mensual y anualmente un consolidado estadístico obtenido del software Hexabank, en el que se evidencian el número de donantes y la transfusión por hemocomponentes, esta información se correlaciona con el uso de los recursos mes a mes y se proyecta el consumo tanto mensual y anual, de esta manera se busca satisfacer las necesidades del servicio evitando la compra excesiva de productos.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%										
24	**SERVICIO TRANSFUSIONAL**	Usuarios, productos y prácticas	Reacciones Adversas a la Transfusión (RAT) y complicaciones en la salud del receptor.	Que se realice entrega incorrecta de hemocomponentes	No se cumple con los criterios establecidos en el protocolo ST-PT-03 –Protocolo para la solicitud de la transfusión, entrega y aplicación de hemocomponentes y el estricto cumplimiento y diligenciamiento del formato ST-F-49 -Lista de chequeo de transfusión de hemocomponentes para médicos y personal de enfermería-	890	ALTA	80%	CATASTROFICO	100%	**EXTREMA**	1. Los bacteriólogos del Servicio Transfusional cada vez que se solicita una transfusión, verificarán el cumplimiento de la lista de chequeo de transfusion de hemocomponentes para medicos y personalo de enfermería, con el fin de controlar los puntos críticos desde el momento de la solicitud de transfusión, hasta la entrega del hemocomponente e inicio de la transfusión, evidencia de esto será el diligenciamiento completo del formato ST-F-49 para cada uno de los receptores. En caso de llegarse a materializar el riesgo se suspenderá la transfusión en cualquiera de sus etapas, se realizará reporte del evento adverso y en caso de presentarse RAT, se llevará a cabo el proceso de reporte y análisis del mismo, de igual manera se llevará el caso a estudio en el comité Transfusional y el comité de Seguridad del Paciente.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%					#VALOR!					
25	**IMAGENOLOGIA**	Usuarios, productos y prácticas	Generar resultados equivocados.	Tomar estudios que no corresponden al paciente o marcar estudios con el datos de identificacion equivocado	Falta de adherencias a protocolo de identificación. No verificación de la orden con la identidad del paciente. Falta de verificación con el paciente y grupo colaborador.	40000	MUY ALTA	100%	MAYOR	80%	**ALTA**	1. Profesional especiaizada de servicios ambulatorios verifica cada tres meses la aplicación del protocolo de identificación del paciente y chequeo cruzado, para corroborar el debido procedimiento por parte de los técnicos, dejando evidencia de lo encontrado en las listas de chequeo aplicadas.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Media	0%	Mayor	ALTA	Reducir
												2. El profesional espacializada de servicios ambulatorios de manera mensual, realizará el seguimiento de los errores atribuibles al personal técnico, mediante el resgistro de errores presentados por cada uno para ser retraolaimentados en reuniones de autocontrol mensuales con el animo de hacer conciencia en el personal técnico sobre las faltas cometidas frente a los protocolos de indentificacion del paciente y toma de estudios diagnosticos.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%					#VALOR!					
												3. El especilaista radiologos cada que se va a realizar una lesturade imágenes verifican mediante el analisis de la imagen, la correcta toma del estudio por parte de los técnicos, dejando evidencia del hallazgo en el grupo de whatsap de imagenología, para luego ser corregido por los técnicos	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%					#VALOR!					
26	**SERVICIO FARMACEUTICO**	Ejecución y administración de procesos	Generar reprocesos que demoran la atención del paciente	Allegar a los servicios medicamentos que no correspondan a lo solicitado	Ausencia de control sobre la dispensación de medicamentos	3600	ALTA	80%	CATASTROFICO	100%	**EXTREMA**	1. El auxiliar de farmacia a cargo del proceso de dispensacion verifica la correcta dispensacion de las formulas médicas para cada paciente, dejando evidencia de lo entregado, en formato SF-F-20 , en columna n. 10, con firma de funcionario que dispensa.	**SUBIO EVIDENCIA DE ACTA Y SE SOLICITA ES EVIDENCIA DE FORMATO**		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Media			EXTREMA	Reducir
												2. La auxiliar de enfermería encargada de recibir los medicamentos de cada servicio, verifica lo formulado contra lo dispensado en fisico, dejando constancia del chequeo realizado, en el formato de entrega de medicamentos e insumos cod SF-F-20, columna n.11. con firma de funcionario que recibe lo dispensado.	**SUBIO EVIDENCIA DE ACTA Y SE SOLICITA ES EVIDENCIA DE FORMATO**		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Muy Baja	0%	Catastrófico		
27	**SERVICIO FARMACEUTICO**	Ejecución y administración de procesos	Desface de inventario fisico vs el real	Deficiente manejo sistematizado de inventario de medicamentos e insumos	Errores en el registro de entradas y salidas de productos de la farmacia	3600	ALTA	80%	CATASTROFICO	100%	**EXTREMA**	1. El auxiliar de farmacia a cargo del proceso de dispensacion verifica en cada entrega de turno que todos las dispensaciones en sistema esten efectivamente registradas y confirmadas.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Media			EXTREMA	Reducir
												2. El profesional quimico farmaceutico verifica mensualmente que todo lo dispensado en sistemas aparezca registrado y confirmado	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Baja	0%	Catastrófico		
28	**SERVICIO FARMACEUTICO**	Usuarios, productos y prácticas	Provocar eventos adversos	Vencimiento de productos farmacéuticos	Falta de semaforizacion de medicamentos	3602	ALTA	80%	CATASTROFICO	100%	**EXTREMA**	1. El quimico farmacéutico verifica al recibo de los produtos a la farmacia, la fecha de vencimiento de los mismos, reportando y devolviendo los productos que ya se encuentran vencidos y dejando la anotación en el sistema sobre las novedades encontradas.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Baja	0%	Catastrófico		
												2. El profesional quimico farmaceutico verifica mensualmente que todo los medicamentos esten correctamente semaforizados	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**																	
29	**CENTRAL DE ESTERILIZACION**	Ejecución y administración de procesos	Interrumpir el proceso quirúrgico y hospitalario	Que se entregue material que haya perdido su esterilidad o no cuenta con las evidencias de que pasó por un proceso de esterilización.	Falta de mantenimiento del autoclave o fallas en el mismo. Falta de adherencia a los procedimientos establecidos. Falla en el proceso de almacenamiento de los paquetes esterilizados. Falta insumos para la realizacion de las actividades	168000	MUY ALTA	100%	MODERADO	60%	**ALTA**	1. La instrumentadora de la central de esterilización verifica trimestralmente el cronograma de mantenimiento del autoclave por parte del área de biomédica para corroborar el cumplimiento del mismo, dejando como evidencia el informe final presentado por la empresa contratada para ello. Cuando no se consigue el objetivo de obtener el mantenimiento del autoclave por parte del contratista, se traslada la necesidad al area de biomédica para que ellos hagan lo pertienete. formato de verificación de dispositivo estéril.de controles químicos, biológicos, etc., requeridos para el proceso.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Media			MODERADA	Reducir
												2.La lider de central de esterilización corrobora diriamente la aplicación de los procedimientos establecidos a través del diligenciamiento del formato de verificacion del dispositivo o paquete esteril CE-F-15 y para los servicios se programa de manera aleatoria 1 visita mensual de verificación de adherencias al proceso de esterilización a través del formato CE-F-14 Lista de chequeo y verificación de almacenamiento e integridad del dispositivo estéril. Según lo detectado, se realiza socializaciones de manera inmediata con los equipos de trabajo y se programan capacitaciones según necesidades de los servicios.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Media				
												3.La lider de central de esterilización revisa quicenalmente el inventario de insumos del área para identificar necesidades de materiales e insumos y preveer con respectiva anticipación su solicitud ante el área de almacen antes de su agotamiento, dejando como evidencia las solicitudes de pedido en dinamica gerencial modulo operativo (pedidos). Cuando el suministro no es realizado a tiempo, se busca el apoyo con otras servicios o instituciones, para solucionar inmediatamente mientras es soluciondo por parte de la entidad.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Baja	0%	Moderado		
30	**TALENTO HUMANO (SST)**	Relaciones laborales	Aumentar el Ausentismo laboral por causa medica	Que se materialicen los accidentes y enfermedades laborales	No aplicar las medidas de bioseguridad por parte del personal. Falta de seguimiento a la aplicación de controles de las medidas de bioseguridad por parte de los jefes	3368	ALTA	80%	MAYOR	80%	**ALTA**	1. El profesional de SST verificará que los jefes de servicio previo al inicio de labores(diariamente) corroboren en el personal a cargo, la aplicación del cumplimiento de los reglamentos y medidas contempladas en el Manual de bioseguridad MC-M-05 y elprocedimiento para la matriz de EPP TH-P-15. Para ello deja constancia del chequeo realizado a su personal, en el libro de anotaciones de enfermería del servicio y/o los formatos establecidos para tal fin TH-F-12.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION	**QUEDA PENDIENTE CARGAR TAREAS A DARUMA PARA POSTERIOR CAEGUE DE EVIDENCIA**	**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Baja			ALTA	Reducir
												2. El profesional SST verifica de manera mensual, el control realizado frente a la adherencia de la apliacion de las medidas de bioseguridad y realizando sensibilización durante las rondas, dejando como constancia las actas de la verificación y sensibilización realizada, en formato TH-F-46 y semaforización por servicio del cumplimiento de uso de EPP. El incumplimiento será comunicado a todas las dependencias de la entidad mediante correo institucional	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION	**QUEDA PENDIENTE CARGAR TAREAS A DARUMA PARA POSTERIOR CAEGUE DE EVIDENCIA**	**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Muy baja	QUEDA PENDIENTE CARGAR TAREAS A DARUMA PARA POSTERIOR CAEGUE DE EVIDENCIA	Mayor		
31	**TALENTO HUMANO**	Relaciones laborales	Generar baja productividad en elTalento humano	Que la institución tenga un Talento humano insatisfecho	No tener un mecanismo para identificar y responder a las necesidades del talento humano. No realizar un seguimiento a la formulacion de accionesos con base a los diagnositcos empresariales arrojados por la encuesta de necesidades y la de clima laboral.	20	BAJA	40%	MAYOR	80%	**ALTA**	1. El Director de Talento humano verifica al comienzo de cada año que todos los servicios y áreas de la institución hayan reportado la información referente a sus necesidades y expectativas, en el formato TH-F-94 creado para recolectar la informacion de las áreas y poder gestionar lo requerido por las mismas. El soporte de la anterior actuacion es el consolidado de la encuesta que muestran las areas de donde reportan las necesidades.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Muy baja			ALTA	Reducir
												2. El director de Talento Humano verifica que los resultados arrojados por los diagnosticos institucionales(encuesta de necesidades y clima laboral) hayan sido incluidos en los planes de accion de la direccion(eje:matriz de capacitaciones, programa de bienestar social)para asegurar que posteriormente se ejecuten. Cuando esta informacion no concuerde, la directora de TH realizará requerimiento a la profesional psicologa de la dirección para ser incluidos. Los registro dejados del anterior control serán los planes de accion aprobados por la directora.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Muy baja	0%	Mayor		

32	**TALENTO HUMANO**	Relaciones laborales	Entorpecimiento de los procesos e inoportunidad en la prestación de los servicios	Que el personal nuevo no se adhiera de manera rapida a los procesos institucionales	El proceso de inducción y reinducción no se realiza de manera efectiva	843	ALTA	80%	MAYOR	80%	**ALTA**	1. El Auxiliar Administrativo de Talento Humano verifica la realización del proceso de induccion general e induccion en puesto de trabajo, así: el primero,con la recepcion de las calificaciones obtenidas en el proceso de induccion general por parte de los trabajadores entrantes, las cuales deben ser presentadas junto con los demás documentos requsitos para perfeccionar el contrato. La segunda, con la recepción de la constancia de induccion en puesto de trabajo, emitida por el supervisor o jefe inmediato del trabajdor, al momento de la presentación de la primera cuenta de cobro.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Muy baja	#REF!	Mayor	ALTA	
												2. El director administrativo de talento humano solicita con la vinculacion de cada colaborador, la evaluación con resultados del proceso de inducción en puesto de trabajo realizado a cada trabajador con el fin de corroborar la ejecución y efectividad del proceso por parte de cada lider de área/servicio. Cuando la evaluacion es reaprobada por el trabajador, se solicita nuevamente la induccion en puesto de trabajo al jefe inmadiato hasta obtener una la calificación deseada. El registro dejado por este control son las Evaluaciones aprobadas aportadas por los jefes de cada area/servicio previas a la presentacion de la primera cuenta.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%					#VALOR!					
33	**TALENTO HUMANO**	Relaciones laborales	Tener un Talento Humano sin las competencias requeridas	Que no se cuente con personal actualizado, calificado y entrenado para desarrollar sus funciones de manera eficiente	No gestionar la ejecución del plan de educación,capacitacion y entrenamiento permanente que se construye a partir de las necesidades de las áreas/servicios	842	ALTA	80%	MAYOR	80%	**ALTA**	1. El director de Talento Humano corrobora trimestralmente el cumplimiento de la matriz de capacitaciones mediante evaluación de indicadores de cumplimiento y cobertura para comprobar que el proceso se va desempeñando de forma eficiente.Cuando encuentra desviacion realiza requerimiento a la profesional a cargo para realizar las mejoras pertinentes. El registro dejado por el control son la matriz de capacitaciones con seguimiento e indicadores.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Baja	0%	Mayor	ALTA	Reducir
34	**TALENTO HUMANO**	Fraude interno	Hacer incurrir a la entidad en sanciones penales, disciplinarias y fiscales	Cumplir de forma deficiente los procedimientos para la prevencion de LA/FT	Controles deficiente(solo se rigen al diligenciameinto del contrato)	435	MEDIA	60%	MAYOR	80%	**ALTA**	1. El Auxiliar/Técnico Administrativo de TH verifica en los listados restrictivos o vinculantes de actividades de LA/FT, cada que exista la necesidad de perfeccionar un contrato, que las personas y/o preveedores sujetos de contratacion no aparezcan relacionados en estos.Si aparecen vicnulados se procede a detener el proceso.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Muy baja			ALTA	Reducir
												2. La directora de TH confronta la información contenida en los formatos recolectados en el marco del SARLAFT, de cada cliente/proveedor, contra otra información comercial y financiera que repose en los expedientes contractuales, para detectar información sospechosa.La constancia de esta revisión se evidencia en la firma del formato Formulario de Conocimiento del proveedor, contratista, cliente. Anexo 1	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Muy baja	0%	Mayor		
35	**RECURSOS FISICOS (AMBIENTAL)**	Ejecución y administración de procesos	Accidentes laborales o contaminación del medio ambiente.	Inadecuado manejo de los residuos hospitalarios	Falta de adherencia del personal a las normas de bioseguridad y/o desconocimiento de los protocolos Institucionales.	921990	MUY ALTA	80%	CATASTROFICO	100%	**EXTREMA**	1. El profesional universitario de Residuos hospitalarios, su personal de apoyo junto con el pasante del sena, verifica semalnalmente mediante la aplicación del formato de bioseguridad ambiental el adecuado manejo de aseo en los servicios asistenciales, elaborando un analisis y capacitando a las áreas de acuerdo a los resultados del análisis. Evidencia de ello queda plasmado en los informes de cumplimiento del proceso ambiental de los procesos y/o servicios(informe de análisi de inspeccion, listas de chequeo y las actas de capacitación)	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Baja	0%	Catastrófico	EXTREMA	Reducir
36	**RECURSOS FISICOS (EQUIPOS BIOMEDICOS)**	Fallas tecnológicas	Desenlazar eventos adversos	Obselosencia o mal funcionamiento de la teconología y equipos biomédicos de la institución	Incumplimiento del cronograma de mantenimiento preventivo Manejo inadecuado de los equipos por parte del personal asistencial	48	MEDIA	60%	CATASTROFICO	100%	**EXTREMA**	1. La profesional universitario de ingenieria biomédica líder del proceso realiza seguimiento mensualmente al cronograma de mantenimiento preventivo establecido por la institución, para ejecutar el mantenimiento preventivo en los diferentes servicios, detectando causas de incumplimiento y realizando reprogramación de atividades cuando este no se cumple. La evidencia del control realiado es analisis y alimentación del indicador de cumplimiento del mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Muy baja			EXTREMA	Reducir
												2. Los profesionales universitario de ingenieria biomédica programan de acuerdo a la puesta en marcha de nuevos equipos y a los eventos de seguridad reportados, las capaitaciones que involucren al personal del servicio vinculado con el equipo o la falla del equipo para mejorar competencias frente a su uso. La profesional biomédica lider verifica las capacitaciones realizadas con las actas de capacitacion y listados de asistencia levantados.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Muy baja	0%	Catastrófico		
37	**RECURSOS FISICOS (EQUIPOS BIOMEDICOS)** SICOF	Fraude interno	Detrimento patrimonial	Apoderamiento indebido del personal sobre los equipos biomédicos de los servicios	Falta de controles en la entrada y salida de los equipos en los servicios	1200	ALTA	80%	MAYOR	80%	**ALTA**	1. Los profesionales del área de biomédica verifican semanlamente tanto el inventario de equipos biomédicos como el funcionameinto de los mismos para corroborar existencia y funcionamiento de los mismos en los servicios, Cuando detectan la falta de uno de ellos, reportan al área de recursos físicos y este a su vez, al área de control interno, para su respectivo seguimiento. La evidencia dejada de la actuacion anterior son los registros de las revisiones realizadas en los formatos Rondas de seguridad, control y verificación de eauipos biomédicos.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Baja			MODERADA	
												2. Los profesionales de biomédica realizan seguimiento a los movimientos de equipos cada que hay un trasladado de estos hacia el área de mantenimiento de biomédica, para tener un control de los equipos en este proceso registrando las salidas y entradas al área en el formato unico para movimientos de activos fijos. Cuando no encuentra un equipo de los que se tenga el registro de entrada, reporta al area de activos fijos. El registro del anterior control son los formatos mencionados.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Muy baja				
38	**RECURSOS FISICOS (ALMACEN)**	Ejecución y administración de procesos	Deficiencia en la prestacion del servicio en las difenrentes areas de la institucion	No proveer los medicamentos e insumos solicitados por el servicio farmaceutico y los servicios de atencion a pacientes, o no dispensar lo pendiente en las ordenes de los servicios	No se realiza segulmiento a los pedidos y sus respectivos pendientes dejados luego de realizar los despachos.	13975	MUY ALTA	100%	MAYOR	80%	**ALTA**	1. El encargado de los pedidos de las áreas verifica cada vez que realiza un despacho, el stock minimo de medicamentos e insumos en el sistema diligenciando matriz en excel , con el fin de preveer que lleguen a acabarse,cuando tiene una existencia del 150% comunica los que presentan baja existencia medicante correo electronico a la almacenista general para que emprenda trámite de adquisición y posterior entrega a los servicios. La evidencia matriz de excel con existencias de los medicamentos y dispositivos menor al 150% con evidencia de gestion realizada (correo electronico al proveedor para envio de insumos)	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Media	0%	Mayor	ALTA	
												2. cuando se realice pedido por parte de las areas y no sean despachados en su totalidad desde el almacen apenas se adquiera el prodcuto debera enviar esos faltantes al servicio sin que se requiera una nueva solicitud. Evidencia de esto sera chequeo cruzado entre ordenes de pedido y ordenes de despacho, adicional a esto nueva orden de despacho con faltantes.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!				EXTREMA	
39	**RECURSOS FISICOS (ALMACEN)**	Ejecución y administración de procesos	Mala prestacion de los servicios.	No tener el inventario real de productos	Falta de celeridad en los trámites adminsitrativos que permitan realizar efectacion operativa de las compras en el sistema. Despachar los pedidos sin realizar primero los registros	6900	MUY ALTA	100%	CATASTROFICO	100%	**EXTREMA**	1. El encargado de inventario y el auxiliar de bodega mensualmente corroboran el inventario de manera aleatoria sobre algunos productos en los que se hayan detectado descuadres para verificar que coincida el fisico con lo arrojado por el sotfware, volviendo a revisar por parte de personal distinto al que realizó el inventario inicial, cuando se detectan desviaciones(faltantes o sobrantes). Si persiste el faltante, se conceden 24 horas para la reposición del mismo, y se realizan los respectivos registros. Si esto no se cumple se informa al ordenador del gasto. Si se establece un sobrante se realiza el ajuste al inventario, quedando evidencia de lo anterior, en acta de inventario (procedimiento RF-P-07)	**SUBEN LAS MISMA ACTA**		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!		0%			
												2. El personal de almacén 3 veces al año realizan inventario general para detectar inconsistencias en la existencia de productos/insumos en almacén, procediendo conforme al procedimiento RF-P-07 cuando se detectan faltantes o sobrantes.	**SUBEN LA MISMA ACTA**		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Media	0%	Catastrófico	EXTREMA	
40	**RECURSOS FISICOS (ALMACEN)**	Ejecución y administración de procesos	Proveer inoportunamente los requerimientos de los servicios	No contrar con el stock minimo de medicamentos e insumos para la normal prestacion de servicios	Los proveedores no despachan la mercancía oportunamente y de manera completa	6900	MUY ALTA	100%	CATASTROFICO	100%	**EXTREMA**	1. El técnico administrativo encargado del seguimiento al despacho de las ordenes de compra verifica a los 10 días despues de enviada la orden de compra al proveedor, el despacho de los productos por parte del proveedor en las condiciones establecidas, dejando evidencia en el correo institucional de la gestión realizada. Cuando no se obtiene respuesta de manera pronta, se realiza contacto telefonico del proveedor	**NO TIENE PANTALLAZOS DE LOS CORREOS**		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Baja			EXTREMA	
41	**RECURSOS FISICOS (ALMACEN)**	Ejecución y administración de procesos	Perdida de inventarios por daño	Inadecuada manipulación o disposición de elementos frágiles o por mal estado de las instalaciones(humedades, goteras)	Falta de seleccion de productos por parte del auxiliar administrativo de bodega Mal estado de las instalaciones locativas	1825	ALTA	80%	CATASTROFICO	100%	**EXTREMA**	1. El bodeguero verifica que la entrega de medicamentos a las diferentes áreas o servicios se realicen de acuerdo a su exclusividad para evitar que productos pesados causen averías durante el tranpsorte de las mismas. La evidencia de lo anterior es la entrega de la orden de despacho donde se corrobora la entrega de solo medicamentos	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Baja	0%	Catastrófico		
												2. El jefe de almacén corrobora semestralmente, la ejecución del cronograma de mantenimiento del área de almacen y ante el incumplimiento de este realiza el requerimiento al encargado y si se sigue presentando informa al subgerente administrativo, dejando evidencia de la queja presentada. Evidencia es un correo insitucional solicitando el cumplimiento del cronograma	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Baja				
42	**RECURSOS FISICOS (ALMACEN)**	Usuarios, productos y prácticas	Provocar eventos adversos	Que se venzan los medicamentos y materiales medico quirúrgicos	Falta de control en el cumplimiento efectivo de las clausulas tecnicas contractuales frente a medicamentos e insumos proximos a vencer	3601	ALTA	80%	CATASTROFICO	100%	**EXTREMA**	1. El auxiliar administrtivo de bodega y el técnico administrativo en salud del almacen general encargados de la recepcion y cargue al sistema de facturas verifican en la medida de la entrada de productos al lalmacen qué productos tienen carta de compromiso para hacer efectivo los cambios fisicos de existencia de un producto de fecha proxima a vencer, por una lejana a vencer.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Media			EXTREMA	
	RECURSOS FISICOS (ALMACEN)		Hacer incurrir a la entidad	Cumplir de forma deficiente los	Controles deficiente(solo se rigen al	360						1. El Técnico administrativo de Almacen verifica en los listados restrictivos o vinculantes de actividades de LA/FT, cada que exista la necesidad de perfeccionar una orden de compra, que las personas y/o preveedores sujetos de compra no aparezcan relacionados en estos.Si aparecen vinculados se procede a detener el proceso.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Muy baja	0%	Catastrófico		

43	SICOF	Fraude interno	en sanciones penales, disciplinarias y fiscales	procedimientos para la prevencion de LA/FT	diligenciameinto del contrato)		MEDIA	60%	CATASTROFICO	100%	EXTREMA	2. La jefe de almacén confronta la información contenida en los formatos recolectados en el marco del SARLAFT, de cada cliente/proveedor, contra otra información comercial y financiera que repose en los expedientes contractuales, para detectar información sospechosa.La constancia de esta revisión se evidencia en la firma del formato Formulario de Conocimiento del proveedor, contratista, cliente. Anexo 1	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!				EXTREMA	Reducir
44	RECURSOS FISICOS (ALMACEN)PTEE	Fraude interno	Detrimento patrimonial	No tener el inventario real de los activos fijos	Falta de controles en la entrada y salida de los equipos en los servicios	1200	ALTA	80%	MAYOR	80%	ALTA	1.el servicio de activo fijos realizara de manera mensual inventario de activos de los servicios programados según cronograma, si no se encuentra los equipos asignados a cada servicio se deberá ajustar si han sido trasladados o en caso de perdida informar al ordenador del gasto. La evidencia será, acta de inventario realizado, informe enviado al ordenador del gasto cuando se requiera	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Baja	0%	Catastrófico		
45	RECURSOS FISICOS (MANTENIMIENTO)	Ejecución y administración de procesos	Un ambiente inseguro para los trabajadores y usuarios de los servicios de salud	Deterioro de la planta física de la institución.	No disponer del plan de mantenimiento hospitalario Incumplimiento de los cronogramas de mantenimiento.	510	ALTA	40%	CATASTROFICO	100%	EXTREMA	1. .El profesional de mantenimiento hospitalario verifica de manera anual frente a la norma (Decreto 1769 de 1964) la formulación del Plan de mantenimiento hospitalario para la vigencia. Documento físico que reposa en los archivos de la oficina de mantenimiento acompañado de acta de aprobación y socializzación.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Baja	0%	Moderada	MODERADA	Reducir
												2. El profesional en el area de mantenimiento hospitalario al comienzo de cada trimestre realiza socializacion de la asignación de cronogramas de mantenimiento de la infraestructura a los operarios para su debida preparación por parte de estos. La evidencia de lo actuado es el acta de reunion de autocontrol realizada. Terminado el trimestre, el profesional de mantenimiento realiza seguimieno a la ejecución de cronograms, reprogramando las actividades dejadas de ejecutar en el tiempo establecido y dejando evidencia del seguimiento en los cronogramas	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO												#VALOR!					
46	GESTION FINANCIERA TESORERIA)	Ejecución y administración de procesos	Detrimento patrimonial	Que se incurra en la perdida de los recursos recaudados en el día	No se ha definido el lugar para la custodia de los dineros recaudados, tampoco hay control efectivo sobre la entrega de los mismos, a la oficina de tesorería	2873	ALTA	80%	MODERADO	60%	ALTA	1. El auxiliar administrativo de tesorería al final de la jornada diaria, recepciona los dineros recaudados por venta de servicios corroborando los mismos contra los informes generados por el sistema y dejando constancia de lo recibido en el libro de entrega de efectivo de facturación (urgencias) o Informe resumen de Recibo de caja (consulta externa y Hospitalización). Cuando la entrega de dineros no sucede por parte de los cajeros, la auxiliar administrativa de tesorería identifica mediante el procedimiento Auditoría de Cajeros del módulo de dinámica gerencial, los cajeros faltantes de entrega para realizar el respectivo requerimiento.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Alta	0%	Mayor	ALTA	Reducir
												2.La tesorera general realiza inspección ocular una vez por mes a los diferentes puntos de facturación de la institución, para confirmar que el dinero recaudado se encuentre debidamente custodiado por parte del facturador, cuando esto no ocurra se realizará el debido reporte a la lider del proceso para determinar la responsabilidad. De la anterior inspección se diligenciará hoja de asistencia, acta y registro fotográfico.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO												#VALOR!					
47	GESTION FINANCIERA (TESORERÍA)	Ejecución y administración de procesos	Causar detrimento de la imagen corporativa	Que los pagos a terceros se realicen de manera inorpotuna	Incumplimiento por parte de los contratistas en los plazos y fechas establecidas para la presentación de la cuentas(registradas y soportadas).	12000	MUY ALTA	100%	MAYOR	80%	ALTA	1. La tesorera general de manera mensual solicitará a la oficina de contratación y talento humano la relación en excel del personal y proveedores contratados, con el fin de realizar el cruce de información con el informe de las cuentas por pagar y de esta manera confirmar que se legalicen en su totalidad, y si no están realizadas enviar la respectiva notificación a la oficina correspondiente.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Muy baja	0%	Catastrófico	EXTREMA	Reducir
												2. El auxiliar administrativo de tesorería en la mitad del periodo establecido para la realización de cuentas por pagar que es del 1 al 25 de cada mes, verificará la existencia de las cuentas físicas en tesorería con el informe de las cuentas por pagar del sistema dinámica gerencial, con el fin de confirmar que se encuentren listas para el respectivo pago. Cuando esto no sucede, se realiza seguimiento a través de comunicación escrita (memorando) con la oficina encargada para gestionar su respectiva legalización.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Media	0%	Mayor	ALTA	Reducir
48	GESTION FINANCIERA (TESORERÍA) SICOF	Fraude interno	Hacer incurrir a la entidad en sanciones penales, disciplinarias y fiscales	Que no se identifiquen recursos sospechosos(LA/FT) recaudados en efectivo por parte de los usuarios por concepto de servicios de salud	No tener un sistema de alertas que nos ayude a detectar operaciones por un valor igual o superior a cinco millones de pesos M/CTE ($ 5.000.000) o acumulados de $25.000.000) por un mismo usuario en el mes.	600	MEDIA	60%	CATASTROFICO	100%	EXTREMA	1. El jefe de tesorería verifica la existencia de transacciones en efectivo realizadas en un mismo día por parte de una misma persona natural o jurídica por un valor igual o superior a cinco millones de pesos M/CTE ($ 5.000.000) y las realizadas por parte de una misma persona natural o jurídica en el mes, que en su conjunto iguale o supere la cuantía de veinticinco millones de pesos ($25.000.000) M/CTE y/o su equivalente en otras monedas. Soporte de la anterior verificación se soportan con las certificaciones expedidas por el area para la oficina de planeación.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Media	0%	Mayor	ALTA	Reducir
49	GESTION FINANCIERA (CARTERA) SICOF	Ejecución y administración de procesos	Manejar un valor irreal de la cartera	No coincidir la información de la cartera insitucional con los valores de las ERP.	Las ERP no informan oportunamente las facturas canceladas para el descargue en el modulo de cartera	540	ALTA	100%	MAYOR	80%	ALTA	1. El técnico de cartera realizan trimestralmente las conciliaciones con las entidades responsables de pago para verificar el estado de la cartera real y fijar los acuerdos sobre la facturacion a pagar, fijando compromisos o tareas para solucionar en los siguientes días. Constancia de esta actividad son las actas firmadas por las partes.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Media			ALTA	Reducir
50	GESTION FINANCIERA (CONTABILIDAD)	Ejecución y administración de procesos	Sanciones monetarias por los entes de control(dian, contraloria, gobernacion, alcaldia)	Liquidacion incorrecta de las retenciones y deducciones tributarias en las cuentas por pagar	Errores en la asignacion de tarifas a aplicar Desconocimiento de las normas aplicables	12000	MUY ALTA	100%	MAYOR	80%	ALTA	1. La auxiliar administrativo de contabilidad verifica en cada cuenta la liquidación de la retencion y deducciones tributarias para detectarerrores en la liquidación, devolviendo al area de origen de la cuenta en caso de detetar los errores y registrando en el modulo de entrega de cuentas de cuentas por pagar, los hallazgos encontrados.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Muy baja				
51	GESTION FINANCIERA (FACTURACIÓN) SICOF	Ejecución y administración de procesos	Afectacion del flujo de caja que nos entorpece el cobro efectivo de los servicios prestados	Facturar los servicios erroneamente(subfacturacion o dejar de facturar los servicios prestados segun el manual tarifario y contratos vigentes)	Desconocimiento de las condiciones contractuales vigentes/ normatividad vigente. La no aplicación de los criterios de la calidad del dato en el procedimiento de facturacion	120000	MUY ALTA	100%	MAYOR	80%	ALTA	1. El Profesional de facturación, socializa con el equipo de facturación,la información actualizada por el asesor de planeación, cada vez que se presenten las novedades en el portafolio de servicios, en la contratación y parametrización de servicios. A través los correos emitidos de planeacion y las comunicaciones internas que incluyen listados de recibido de la informacion impartida	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Muy baja	0%	Mayor		
												2. Los auxiliares administrativos designados como facturadores revisores de cuentas ,revisan, realizan y corrigen las factura de los servicios prestados,de manera diaria; cuando encuentran inconsistencias retroalimentan y capacitan a los facturadores responsables para realizar las correcciones antes de producir la factura definitiva. Relacion en excel con los errores encontrados para realizar las correciones pertinentes.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Media			ALTA	Reducir
												3. El profesional de facturacion verifica mensualmente las facturas que se encuentran sin cerrar para corroborar o gestionar el cierre de las mismas. Cuando no cumplen los requsitos de cierre requiere al facturador estar a paz y salvo con los hallazgos informados antes de la presentacion de su cuenta de cobro(contratistas). El registro dejado por el anterior control es el excel de las facturas pendientes de cierre con las observaciones encontradas.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Muy baja	0%	Mayor		
52	GESTION FINANCIERA (AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS)	Ejecución y administración de procesos	Afectar al flujo de recursos de la institución.	Que glosas y devoluciones sean son utilizadas por las EPS para dilatar los pagos	Errores administrativos y falencias en la sustentación de los registros clínicos	73486	MUY ALTA	100%	MAYOR	80%	ALTA	1. Diariamente se ejecutan labores de auditoria de concurrencia a los servicios priorizados: urgencias, unidades de cuidados intensivos, internaciones, por parte de los profesionales contratados y/o designados para esta labor. (odontólogos) con el fin de detectar situaciones que puedan afectar la cuenta médica (errores de cobertura, falencia en soportes, mala calidad en los registros clínicos (que amerita auditoria de pares). Se traslada el hallazgo al jefe de área para que se tomen los correctivos pertinentes, en caso de no evidenciar en el seguimiento que se tomen acciones se traslada a líderes de área. evidencia de la a tividad realizada en Formato concurrente GF-F-23.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Baja	0%	Mayor	ALTA	Reducir
												2.Se realizan revisoría de cuentas o prefacturas por parte de los revisores de cuentas administrativos con el apoyo de los profesionales de auditoría designados por servicios. Esta actividad busca activamente errores de sobre o subfacturación, fallas de análisis de soportes, códigos, tarifas, planes de beneficios, entre otros hallazgos. Las cuentas con inconsistencias son devueltas a los facturadores para los correctivos, haciendo un muestreo de los mismos. En el caso de no efectuarse los ajustes, se reporta al líder de facturación y/o talento humano y/o control interno disciplinario.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Media			MODERADA	Reducir
53	GESTION FINANCIERA (AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS)	Ejecución y administración de procesos	Entorpecer el recaudo de los dineros conciliados y reconocidos por las EPS	No hay trazabilidad de las glosas conciliadas en el software, excepto los valores aceptados definitivos	No se tiene un aplicativo definido para realizar las conciliaciones.	576	ALTA	80%	MAYOR	80%	ALTA	1. El lider de auditoría cada vez que se firma un acta de conciliación realiza el descargue contable y corre traslado de una copia de esta, a la oficina de cartera para su debida afectación dejando constancia en el correo institucional.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Baja	60%	Moderado		Reducir
54	GESTION FINANCIERA (COSTOS)	Ejecución y administración de procesos	Tomar decisiones no acertadas	No tener una base de datos confiable par la estimación de los costos en los centros de producción.	Mal parametrización en el sofware institucional de los centros de costo Cargue en la información en los centros de costos que no corresponde	120000	MUY ALTA	100%	MODERADO	60%	ALTA	1.El profesional responsable del area de costos mensualmente realiza analisis de costos para evidenciar erroes e insonsitencias en la parametrización de la información cargada en el sistema dinámica. Cuando se detectan las inconsitencias se procede por parte del prosional encargado a corregir las parametrizaciones a que hubiere lugar. Como evidencia se presentara el infome mensual.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Muy baja			EXTREMA	Reducir
												2. El profesional universitario de Costos mensualmente socializa el informe y da a conocer los errores o inconsistencias presentada en cada uno de los centros de costo(lideres), para que ellos realicen los correctivos pertinentes con su personal, reportando a la gerencia cuando no se subsanan los errores. Evidencia de las retroalimentaciones realizadas son los correos electrónicos institucionales y actas de las socializaciones cuando a ello haya lugar.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Muy baja	0%	Catastrófico		
55	TECNOLOGIA E INFORMACION	Ejecución y administración de	Sistema de informacion no confiable	Que la informacion institucional sea manipulada o adulterada	Uso inadecuado de usuarios(prestamo de claves). Falta de control de usuarios por parte del área de	60	MEDIA	60%	CATASTROFICO	100%	EXTREMA	1. El ingeniero de sistemas asigando para la creacion de usuarios corrobora cada que hay una solicitud de apertura recibida del área de de talento humano, la existencia física del mismo con la presentación personal del funcionario ante la oficina de tecnologia e información, para asignar los roles y los usuario segun corresponda a las actividades a realizar, dejando constancia en el listado generado por el diligenciamiento del formato TI-F-01 y en el acta de la socializacion de las politicas de seguridad de la informacion institucional realizada.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%			X		#VALOR!	Muy baja	0%	Catastrófico	EXTREMA	Reducir

		procesos			sistemas							2. El ingeniero de sistemas de manera trimestral confronta con los listados emitidos por la oficina de talento humano y con los diferentes servicios, los usuarios existentes de los sistemas de información institucional para detectar usuarios sin uso y usuarios utilizados por la persona incorrecta, dejando constancia de los hallazgos encontrados en el reporte de usuarios creado en el sistema y las novedades reportadas por TH	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		LIDER DEL PROCESO							0%					#VALOR!					
56	**TECNOLOGIA E INFORMACION** SICOF	Fallas tecnológicas	Ocasionar sanciones economicas y disciplinarias	Que se pierda información de los procesos administrativos	No realizar el plan de mantenimiento preventivo y correctivo en donde se previenen los daños de los equipos y de identifican la vida util de otros. No tener alternativas de almacenamiento de información	3	BAJA	40%	CATASTROFICO	100%	**EXTREMA**	1. Los técnicos de sistemas verifican con cada evento reportado, el funcionamiento del equipo, corroborando en el sistema de informacion dinamica gerencial-modulo activos fijos, su vida util, con esto, emprender trámite para dar de baja el equipo pór obsolescencia. El registro del control realizado es el reporte del manteniiento correctivo del equipo por medio de la plataforma GLPI	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Media	0%	Catastrófico	ALTA	Reducir
												2. Los Técnicos de sistemas realizan en cada requerimientoatendido a las áreas administrativas, la socialización de las politicas de seguridad de la información recalcando la salvaguarda de la información en la nube One Drive. Evidencia del anterior control es el acta de socialización realizada.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Baja			ALTA	Reducir
57	**TECNOLOGIA E INFORMACION-GESTION DOCUMENTAL**	Ejecución y administración de procesos	Ocasionar sanciones económicas y disciplinarias	Que se Incumpla la normatividad archivistica	Falta de recursos para adecuación de espacios Falta de adherencia al programa de gestion documental de la institución	320	MEDIA	60%	MAYOR	80%	**ALTA**	1. El lider de gestión documental a través de un apoyo, verificara trimestralmente la adherencia de los procesos administrativos a los procedimientos de la gestión documental institucional, a través de la aplicación de la lista de chequeo establecida para tal fin. Incorpoando las desviaciones encontradas en los planes de accion del área bajo actividades de capacitaciones.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Baja	0%	Mayor		
58	**TECNOLOGIA E INFORMACION-GESTION DOCUMENTAL**	Ejecución y administración de procesos	Ocasionar medidas sancionatorias en contra del hospital	Que se pierda información en el manejo de la correspondencia hacia los Organismos de Dirección Y Control que nos vigilan	Falta de seguimiento por parte de ventanilla unica, a la correspondencia enviada hacia los ODYC	1200	ALTA	80%	MAYOR	80%	**ALTA**	1. El funcionario encargado de la ventanilla unica revisa cada que se realiza el despacho de las comunicaciones, que la correspondencia enviada sea recibida por el destinatario verificando el recibido de las mismas y registrando la entrega en la planilla establecida, lo anterior con el fin de tener el control de la entrega de la misma. El registro de lo actuado, será el formato TI-F-04 FORMATO PLANILLA DE CORRESPONDENCIA ENVIADA - V2 diligenciado. Cuando el seguimiento se detecta que no se realiza la entrega oportuna, la funcionaria requiere la información pertinente al encargado de la entrega de la comunicación, registra lo acontecido en la casilla de observaciones del formato antes mencionado, de igual manera deja evidencia del requerimiento mediante el formato TI-F-06 Recordatorio de Devolución de Documentos.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Media	0%	Catastrófico	EXTREMA	Reducir
												2. La lider del proceso, verifica mensualmente al finalizar el periodo, la efectividad de la entrega de la correspondencia, mediante la revisión de la planilla TI-F-04 para detectar correspondencia sin entregar o con entregas tardías. Registrando lo encontrado en la parte final de la planilla TI-F-04.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Baja			EXTREMA	Reducir
59	**GESTION JURIDICA**	Ejecución y administración de procesos	Ocasionar sentencias condenatorias. Detrimentos Patrimoniales.	Que el hospital no cuente con los insumos necesarios (registros, soportes, testimonios, etc.) para una adecuada representación extrajudicial, judicial o administrativa.	Desconocimiento del personal asistencial sobre la importancia de los registros clínicos, para una adecuada defensa de la ESE. Alta rotación del personal que impide contar con los involucrados en el caso.	538	MEDIA	60%	CATASTROFICO	100%	**EXTREMA**	1.El asesor juridico con el apoyo de la abogada de la oficina, realiza mensualmente seguimiento al cronograma de capacitaciones del área que incluye la importancia de los registros clínicos para contribuir a una adeuada defensa.Dejando constancia en actas y asistencia de las capacitaciones realizadas	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Muy baja	0%			
60	**GESTION JURIDICA**	Fraude interno	Causar la perdida de los procesos judiciales y afectacion al patrimonio público	Que se de una Indebida actuación por parte de los abogados responsables de los procesos o una manipulación de información en búsqueda de beneficios particulares o de terceros	Ausencia de medios para la vigilancia judicial.	305	MEDIA	60%	CATASTROFICO	100%	**EXTREMA**	1. El jefe de la oficina jurídica mensualmente verifica que las actuaciones de los abogados correspondan a las establecidas en el Procedimiento para ejercer la Representación Judicial y Extrajudicial del HDMI E.S.E. (GJ-P-02). A la vez verifica las actuaciones que son comunicadas previamente en los informes de los abogados Estos procedimientos son corroborados por el seguimiento por parte de la oficina jurídica, a través de los portales Siglo XXI de la Rama Judicial y Aplicativo Juridico Institucional para verificar la presentacion de actuaciones dentro de los términos legales y la revisión y sustentación de los Informes Contractuales de los Abogados del Grupo de Defensa Judicial. Evidencia de las revisiones realizadas quedan en el acta levantada sobre la verificacion realizada .	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION	**CAPACITACIONES DE ACUERDO A LA NECESIDAD Y PROGRAMACION DE CADA LIDER DE AREA O PROCESO**	**LIDER DEL PROCESO**							0%					#VALOR!	Muy baja	0%	Catastrófico		
												2. La asesora juridica realiza capacitaciones a los abogados en la medida que se vinculan a la institución para realizar actividades de representacion prejudicial y judicial al Hospital Departamental Maria Inmacualada E.S.E., sobre el Procedimiento para ejercer la Representación Judicial y Extrajudicial del HDMI E.S.E., (GJ-P-02). La evidencia de lo actuado son las actas de capacitacion realizadas y los registros de asistencia	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Baja	0%	Mayor	ALTA	Reducir
												3. El Comite de Conciliacion dos veces por mes revisa la toma de decisiones para la debida defensa de la entidad en cada uno de los procesos, para apoyar la debida defensa, dado a que esas actas tiene reserva, la evidencia del anterior control son los registros de asistencia del mencionado comité	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Media	0%	Catastrófico	EXTREMA	Reducir
61	**GESTION JURIDICA (CONTRATACION)** SICOF	Ejecución y administración de procesos	Retrazar la adjudicación y firma de los contratos	Que se incumplan los requisitos precontractuales	No allegar la documentacion de forma completa	1500	ALTA	80%	MAYOR	80%	**ALTA**	1. La coodinadora del área de contratacion cada que se presenta una necesidad de contratacion, a través del personal de apoyo verifican los requisitos habilitantes antes de la elaboracion del contrato para corroborar el cumplimiento de los mismo, mediante lista de chequeo establecida en el manual de contratacion insitucional.Cuando no se cumple lo establecido, la documentacion es devuelta a la oficina de su competencia.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION	**SE CONTROLA MEDIANTE LISTA DE CHEQUEO**	**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Baja			ALTA	Reducir
62	**GESTION JURIDICA(CONTRATACION)**	Fraude interno	Perdida de la confiabilidad institucional en los proveedores/Causar Detrimento patrimonial.	Que se realicen contratos o compras de productos con sobrecostos para beneficiar los intereses particulares de un tercero	Estudios previos o de factibilidad deficientes por parte de las áreas que presentan las necesidades	140	MEDIA	60%	CATASTROFICO	100%	**EXTREMA**	1.La coodinadora de contratacion en articulación con el gerente cuando se sospecha de una posible especulación en la cotización de un suministro(producto, servicio o medicamentos, insumos, etc), verifica previamente las condiciones y especificaciones tecnicas de las cotizaciones respectivas, para detectar desviaciones, dejando los soportes de las obsevaciones realizadas en el libro de devoluciones contractuales	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION	**SE CONTROLA MEDIANTE LIBRO DE DEVOLUCIONES**	**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Baja	SE CONTROLA MEDIANTE LISTA DE CHEQUEO	Mayor		
63	**GESTION JURIDICA(CONTRATACION)**	Fraude interno	Hacer incurrir a la entidad en sanciones penales, disciplinarias y fiscales	Que se cumpla de forma deficiente los procedimientos para la prevencion de LA/FT	Controles deficiente(solo se rigen al diligenciameinto del contrato)	1500	ALTA	80%	MAYOR	80%	**ALTA**	1. La coordinadora decontratacion verifica en los listados restrictivos o vinculantes de actividades de LA/FT, cada que exista la necesidad de perfeccionar un contrato, que las personas y/o preveedores sujetos de contratacion no aparezcan relacionados en estos.Si aparecen vinculados se procede a detener el proceso.	**LA LIDER DE AREA PIDE ELIMINAR ESTE RIESGO YA QUE NO APLICA Y CAMBIARLO POR INCUMPLIMIENTO DE CRONOGRAMA EN LA CONTRATACION MASIVA**	**SE CONTRLA MEDIANTE FORMATO SARLAFT Y CONSULTA DE TUS DATOS**	**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Baja	SE CONTRLA MEDIANTE FORMATO SARLAFT Y CONSULTA DE TUS DATOS	Catastrófico	EXTREMA	Reducir
												2. Cotejar la información contenida en los formatos recolectados en el marco del SARLAFT, de cada cliente/proveedor, contra otra información comercial y financiera que repose en los expedientes contractuales, para detectar información sospechosa.La constancia de esta revisión se evidencia en la firma del formato Formulario de Conocimiento del proveedor, contratista, cliente. Anexo 1		**SE CONTRLA MEDIANTE FORMATO SARLAFT Y CONSULTA DE TUS DATOS**	**LIDER DEL PROCESO**																	
64	**CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO**	Ejecución y administración de procesos	Provocar la nulidad de procesos	Que se incumplan los términos en las distintas etapas procesales.	Alto volumen de expedientes. Falta de oportunidad en la obtencion de respuestas por parte de las fuentes de informacion requeridas	105	MEDIA	60%	MAYOR	80%	**ALTA**	1. El abogado de la oficina de control interno disciplinario de manera diaria evalúa los procesos disciplinarios activos, de conformidad a la matriz CID-F-16 para corroborar vencimiento de términos en cada expediente disciplinario y realizar las actuaciones previas a las fechas.(por efectos de confidencialidad, la oficina de CID se reserva el derecho a enviar informacion /matriz de procesos y a cambio emitirá informe trimestral del desempeño del proceso)(certificacion trimestral)	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Muy Baja	0%	Catastrófico	EXTREMA	Reducir
												2. El abogado de la oficina de control interno disciplinario cada que se requiera la informacion y en la medida que se va acercando el cumplimiento de los terminos, verifica el reporte de la informacion solicitada, volviendo a requerir a las areas/proceso la informacion necesitada. El registro del anterior control será el libro de consecutivos de correspondencia-casilla observaciones.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Muy baja	0%	Mayor	ALTA	Reducir
65	**CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO** PTEE	Fraude interno	Inadecuada instrucción de los procesos disciplinarios	Que se profieran autos de cargosdisciplinarios subjetivos. Dilatación de procesos disciplinarios con el propósito de obtener el vencimiento de términos o la prescripción del mismo.	Intereses particulares (Dolo) Incumplimiento de normatividad vigente Violacion a los principios rectores del derecho disciplinario	105	MEDIA	60%	MAYOR	80%	**ALTA**	El abogado de la oficina de control interno disciplinario una vez recaudado el material probatorio profiere decision de evaluación en donde se verifica la procedencia del auto de cargos y el cumplimiento de los elementos normativos del proceso. Por efectos de reserva de las actuaciones no se remitirán los Autos de Evaluación, sin embargo se remitirá certificación de los procesos evaluados objetivamente de manera trimestral a fin de proferirse Autos de cargos.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Muy baja			ALTA	Reducir
66	**GESTION CONTROL INTERNO**	Ejecución y administración de procesos	Tener un sistema de control Interno débil	Que los informes de auditoría no sean objetivos	Emitir información errada y/o cesgada	4	BAJA	40%	MAYOR	80%	**ALTA**	1. El auditor lider revisa el informe preliminar de auditoría con el lider de proceso auditado de acuerdo al plan de la auditoría, para realizar los ajustes al informe a que haya lugar dejando evidencia de la revisión realizada mediane acta de soacialización y revisón de informe.	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**							0%			X		#VALOR!	Muy baja	0%	Mayor		
												2. El asesor de control interno realiza ajustes al proceso de auditoría de acuerdo a los resultados de la evaluación realizada por los lideres de los procesos auditados, dejando como evidencia la evaluación realizada en el formato GCI-F-07 frente a futuras auditorías	PENDIENTE SUBIR EVIDENCIASDE LOS CONTRLOES YA ESTABLECIDOS, SE MUESTRAN EN FISICO DURANTE LA SOCIALIZACION		**LIDER DEL PROCESO**																	