

No.	Proceso	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				ANÁLISIS DEL RIESGO INHERENTE			ANÁLISIS DEL RIESGO RESIDUAL			Responsable	INDICADOR DEL RIESGO	CONTROLES
		CLASE	CAUSA (Debido a...)	RIESGO (Evento) (Puede suceder...)	EFECTO (Lo que podría ocasionar...)	ANÁLISIS		EVALUACIÓN (Zona de Riesgo)	ANÁLISIS		NUEVA EVALUACIÓN DE RIESGOS (Zona de riesgo)			
						PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)		PROBABILIDAD (1-5)	IMPACTO (1-5)				
R1	Gestión de Seguimiento Evaluación y Control	De cumplimiento	Carencia de personal para la ejecución de las auditorías o personal sin el perfil idóneo. Dilaciones injustificadas por parte de la dependencia auditada para el inicio de la auditoría, entrega de información o desarrollo de las actividades. Sustitución de los líderes de los procesos o personal de apoyo. Suspensión de actividades de las auditorías por emergencia sanitaria. Carga laboral por delegación de otras funciones al líder procesado. Entrega de Información extemporánea y/o con errores	Retrasos en el diseño, y ejecución de las auditorías internas establecidas en el Programa Anual de Auditorías.	Hallazgos por parte de los Entes de Control en las auditorías externas. Incumplimiento al Programa Anual de Auditorías y al Plan Operativo Anual. Defección tardía de riesgos de gestión o corrupción en los procesos.	4	3	ALTA	2	1	BAJA	Oficina de Control Interno de Gestión	(Auditorías realizadas / Auditorías programadas) * 100%	El Jefe de la Oficina de Control Interno de Gestión previo a la aprobación del Programa Anual de Auditorías comunica a la alta dirección las necesidades del personal auditor requerido para la oficina de control interno. De acuerdo a las auditorías establecidas y aprobadas en el Programa Anual de Auditorías se asignan por especialidad las auditorías a los profesionales de apoyo de la oficina. En caso de no contarse con los profesionales requeridos se reitera la solicitud a través de comunicaciones internas. En el evento de no desarrollarse las auditorías se coloca en conocimiento del comité institucional de coordinación de control interno. El Jefe de la Oficina de Control Interno de Gestión comunicará oportunamente a los líderes de los procesos a auditar la metodología a seguir para el desarrollo de la auditoría con el propósito de definir el alcance y objetivo de la misma. Ante dilaciones injustificadas por parte de la dependencia auditada o retrasos por parte del auditor iniciará el respectivo seguimiento para tomar las medidas pertinentes. De lo anterior se dejará registro en los papeles de trabajo de la auditoría.
R2	Gestión de Seguimiento Evaluación y Control	De cumplimiento	No se solicita oportunamente la información a las dependencias que la producen. Entrega extemporánea de la información por parte de las dependencias que la producen debido a las múltiples ocupaciones, por falta de personal o por falta de relación con lo solicitado. Limitaciones a la movilidad por desastres naturales o riesgo biológico. Deficiencia en la integración con otros procesos en cuanto a insumos, proveedores, productos, usuarios o clientes.	Presentación extemporánea o imprecisa para la toma de decisiones de los informes que presenta la Oficina de Control Interno de Gestión	Pérdida de credibilidad interna y externa Sanciones disciplinarias por parte de los Entes de Control Incumplimiento al Programa Anual de Auditorías y al Plan Operativo Anual Incumplimiento a la Ley de Transparencia y Derecho de Acceso a la Información Pública	1	3	MODERADA	1	1	BAJA	Oficina de Control Interno de Gestión	(Informes presentados / Informes programados) * 100%	El Jefe de la Oficina de Control Interno de Gestión, actualizará mensualmente el tablero de control donde se establece la relación de los informes a presentar, el responsable de su elaboración, las fechas de solicitud y entrega de información por parte de las dependencias donde se produce la información, la fecha de entrega del informe para revisión y la fecha de publicación de conformidad con el Programa Anual de Auditorías. Si durante la etapa de solicitud de información se presentan retrasos o la información entregada no corresponde a lo solicitado se reiterará por una sola vez y en caso de persistir la omisión se informará a través de comunicación interna al Gerente o Subgerente según corresponda.
R3	Gestión Administrativa y Financiera	De corrupción	Desconocimiento y/o falta de aplicación de la resolución de funcionamiento del fondo de caja menor. Presentación de documentos soportes (facturas) que no cumplen con los requisitos legales. Falta de cultura por parte del personal de entrega de los comprobantes de pago dentro del lapso de tiempo conforme a la resolución. Flexibilidad y falta de seguimiento en la exigencia por parte del jefe de área de los soportes de las facturas en los tiempos establecidos.	Inadecuado manejo de la caja menor de la entidad lo cual puede ocasionar pérdida de dinero por apropiación de terceros y sanciones a la entidad.	Investigaciones disciplinarias Sanciones por parte de los entes de control.	3	3	ALTA	1	3	MODERADA	Subgerencia	(N° de arcos de caja menor realizados / N° de Arcos de caja menor Programados) * 100 = 100%	El Subgerente a través del auxiliar administrativo revisara semanalmente los soportes de las facturas de acuerdo con el procedimiento establecido del manejo de caja menor, en caso de observar inconsistencias o gastos sin los respectivos soportes se oficiara al responsable de presentación de los mismos.
R4	Gestión Administrativa y Financiera	De cumplimiento	Demoras en la entrega de la información para su consolidación por parte de las oficinas correspondientes Fallas en los sistemas de información que no permite entregar oportunamente la información necesaria. Fallas en las plataformas de entrega o presentación de la información. No se encuentra parametrizados algunos procesos para la presentación de los informes.	Entrega Inoportuna de los informes a entes de control	Investigaciones disciplinarias Sanciones por parte de los entes de control.	3	3	ALTA	1	1	BAJA	Subgerencia	(N° total de informes a entes de control entregados oportunamente / N° total de informes solicitados) * 100 = 100% Cuadro de mando elaborado y socializado	El Subgerente realizara seguimiento al profesional encargado del cargo de los Informes al ente de control, en cumplimiento del procedimiento establecido por la entidad con el fin de surtir los conductos regulares y dejar en evidencias los soportes de la solicitud de los mismos y evidencia física de la entrega. El Subgerente elaborara el cuadro de mando y / o Cronograma de entrega de Informes a los entes de control, con el fin de realizar seguimiento a las dependencias y detectar las falencias encontradas en la presentación de informes; además convocará a socialización de manera Trimestral mediante comunicación interna, a los Profesionales encargados del cargo de Informes, mediante el cual se informaran los errores o inconvenientes presentados.
			Fallas en el servidor de datos al realizar los backups de la información contable y financiera											El subgerente verificara de manera trimestral mediante el apoyo profesional los respectivos controles de las actualizaciones de los antivirus realizadas a los equipos mediante el registro de la planilla de los técnicos a cada uno de los usuarios, en caso de encontrar equipos con antivirus próximo a vencer se informara de manera inmediata al profesional de sistemas para su actualización.

R5	Gestión Administrativa y Financiera	Tecnológico	de la entidad, Falta de mantenimiento en los equipos de computo y/o falla en la red eléctrica. falta supervisión y controles de las TIC. baja frecuencia de realización de copias de seguridad periódicas y auditar continuamente todos los sistemas de TI para detectar actividades sospechosas.	Perdida de la información contable y financiera de la entidad	Cese de las actividades diarias por parte de los funcionarios y/o contratistas de la entidad.	4	4	EXTREMA	2	2	BAJA	Subgerencia	(N° de backups realizados / N° backups programados) * 100 = 100 % Seguimiento al cronograma de capacitaciones TIC	El subgerente en coordinación con el Profesional de Sistemas, realizara una mesa de trabajo donde se programaran capacitaciones de las TIC con la elaboración de un cronograma . El subgerente realizará seguimiento a la actividad del profesional asignado de manera mensual de la toma de copias de seguridad de la información contable de la entidad, las cuales deberán ser mantenidas en custodia de la subgerencia.
R6	Gestión Administrativa y Financiera	De corrupción	Que existan faltantes de documentos anexos por prestación de servicios para radicación cuentas de cobro, mala facturación. Que se presten servicios a los usuarios y los ingresos por concepto de pagos por particular y copago no se registran en el sistema. Incumplimiento de pautas establecidas dentro del contrato del Proceso de la empresa de facturación . generan glosas y perdidas en el proceso de cobro a las EPS, perdidas de dinero	Faltantes en los arcos de caja de las IPS que conforman la red del HRSO.	Perdida de recursos para la institución .	3	3	ALTA	1	3	MODERADA	Subgerencia	(N° Total de arcos de caja realizados / N° Total de arcos de caja programados) *100 = 100 %	El Subgerente asignará un responsable de la verificación de la lista de chequeo de las actividades objeto del contrato de facturación y sus respectivos soportes, con el fin de revisar mensualmente la facturación radicada, esta debe entregarse de manera digital a la subgerencia, requiriendo una certificación mensual por parte de cada uno de los profesionales encargados de realizar seguimiento a cada uno de los procesos de facturación con el fin de dar trámite posterior al pago de la cuenta de cobro mensual. El profesional designado por la Subgerencia realizará de manera mensual verificación física y en el sistema de los ingresos por concepto de particular y copago de las IPS, con el fin de detectar de manera oportuna cualquier inconsistencia de los ingresos de la entidad; de igual manera se debe comparar la relación de entrega de recaudos con las consignaciones efectuadas y las fechas de recaudo. El profesional designado por la Subgerencia, realizará visitas trimestrales a la red prestadora de servicios con el fin de realizar arcos de cajas a los facturadores de las IPS, y revisión del registro en el libro diario de recaudos, dejando en consignación en el acta de visitas las inconsistencias encontradas con el fin de realizar seguimiento y solicitar los correctivos pertinentes.
R7	Gestión Administrativa y Financiera	De cumplimiento	No existe el procedimiento para la liquidación de contratos de prestación de servicios de salud. Debido a la falta de planeación institucional . . . Inexistencia de profesional específico en la para desarrollar la actividad de liquidación de contratos .	Inexistencia de controles para la liquidación de los contratos de prestación de servicios de salud.	Incumplimiento en los planes de mejoramiento suscritos con los diferentes entes de control afecta el estado de cartera real de la entidad, afecta la información de la circular 030 del 2013 .	4	4	EXTREMA	2	4	ALTA	Subgerencia	Proceso Elaborado .	El subgerente y el profesional jurídico elaboraran en el trimestre 1 del 2021 el procedimiento para liquidación de contratos en servicios de salud, con el fin de establecer la metodología de liquidación y sus formatos correspondientes, además de promover la liquidación oportuna de todos los contratos celebrados con las Eps
R8	Gestión Ambiental	Estratégico	Ausencia de estudios de potabilidad del agua en la Red HRSO por falta de asignación presupuestal. Deficiencia en la calidad del recurso hídrico suministrado por parte de la E.S.P. prestador del servicio en las zonas donde se encuentran las IPS s de la Red HRSO. Fallas en la comunicación y articulación con la dependencia responsable de la aplicación de estudios de la calidad del agua potable en la Red HRSO	Niveles inaceptables de calidad en la Potabilidad del Agua de la Red HRSO	Ausentismo del personal por enfermedad común. Daño en algunos equipos médicos por condiciones inadecuadas del recurso hídrico. Demandas a la empresa por deterioro de la salud del trabajador y los usuarios. Incumplimiento de la normatividad legal vigente	5	3	EXTREMA	3	1	BAJA	Líder de Gestión Ambiental	N° de tanques lavados/ (N° de tanques de la E.S.E. HRSO*2)*100 N° de análisis realizados/ (N° de tanques de la E.S.E. HRSO*4)*100	El líder del proceso Gestión Ambiental en el mes de enero de cada año, elaborará el cronograma para la limpieza y desinfección de los tanques de agua potable de la Red HRSO, el cual será socializado con el Jefe de Servicios Generales y el Subgerente, con el propósito de asignar los recursos financieros necesarios y brindar al personal asistencial, administrativos y usuarios agua potable con niveles aceptables de calidad. En el evento que no se cumpla la ejecución del cronograma informará a través del medio más expedito tal incumplimiento, dejando registro de la situación. Desde el proceso de gestión ambiental en conjunto con la oficina de docencia - servicio, el líder del proceso de laboratorio y el líder del comité de infecciones, se realizara el cronograma establecido para el estudio microbiológico del agua de todos los tanques de agua potable de la red prestadora de servicios de salud para el cumplimiento de la normatividad legal vigente.
R9	Gestión Ambiental	De cumplimiento	falta de compromiso en el personal asistencial y administrativo en cuanto a la segregación de residuos en las distintas áreas de toda la red de atención de la ESE HRSO. Tiempo cortos de los contratos de personal de toda la red de atención de la ESE HRSO. . falta de una conciencia ambiental de todos los seres humanos puesto que no importa el deterioro del medio ambiente. . falta de comunicación e interacción con las dependencias a cargo de la segregación, transporte y disposición final de los residuos hospitalarios y similares de la red de atención de la ESE HRSO.	Gestión inadecuada de los residuos hospitalarios y similares en la Red HRSO	deficiencia en el cumplimiento de los lineamientos de segregación, transporte y almacenamiento de los residuos por parte del personal asistencial y administrativo de los centros de atención y sede administrativa de toda la red de atención de la ESE HRSO. Baja permanencia del personal de toda la red de atención de la ESE HRSO. Multas sanciones y cierres de servicios de toda la red de atención de la ESE HRSO.	5	3	EXTREMA	3	1	BAJA	Líder de Gestión Ambiental	(N° de capacitaciones realizadas/ 20)*100 (N° de informes realizados/ 2)*100	El líder del procesos de gestión ambiental establecerá el cronograma de capacitaciones, el cual está dirigido a toda la red de atención de la E.S.E. HRSO, donde se capacitará 2 veces al año a todos los trabajadores de los diferentes servicios en cuanto al manejo de los residuos hospitalarios y similares establecidos en el PGI/RS de igual manera desarrollara informes semestrales con registro fotográfico donde se evidencie las falencias del servicio

R10	Gestión Direccionamiento Estratégico y Planeación	De cumplimiento	No revisar los soportes para verificar cada uno de los 5 factores donde esta concertada toda la información al inicio de la practica. Planes de trabajo, pólizas de responsabilidad civil, hojas de vida de docentes y estudiantes. Inoportunidad en la entrega por parte de las Instituciones Educativas. El profesional de apoyo a los convenios docencia servicio es el encargado de realizar la verificación de los soportes entregados.	Estudiantes en desarrollo de practica que no cumplen con los requisitos legales.	hallazgos en las auditorias con las eps. Demandas por parte de los usuarios si los estudiantes realizan un mal procedimiento y no tienen las pólizas de responsabilidad civil para cubrir los daños causados físicos y psicológicos. Sanciones por parte de los entes de vigilancia y control. Afectación a la imagen institucional.	3	3	ALTA	1	3	MODERADA	Profesional de Apoyo Docencia Servicio	# de reuniones realizadas / # de reuniones programadas *100 = 100%	El responsable del proceso Docencia - Servicio socializara a los representantes de cada institución la normalidad y requerimientos de acuerdo al cronograma para inicio de practicas, lo anterior mediante reuniones y/o comités de docencia servicio y a través de correos electrónicos, allí se establecerán las fechas límites para la entrega de los documentos soportes de los estudiantes de acuerdo a la normalidad vigente y según el procedimiento institucional, se aplicara la lista de chequeo correspondiente y en caso de no cumplir todos los requisitos no se les dará visto bueno para inicio de practica y se dará aviso a los representantes de las instituciones educativas de los incumplimientos.
R11	Gestión Direccionamiento Estratégico y Planeación	Estratégico	Que no existe una única persona asignada responsable de las publicaciones de la pagina web y redes sociales de la institución. Ataques cibernéticos (hackers). No se tiene un único responsable de las publicaciones	Publicaciones en la pagina web y redes sociales que afecten o comprometan la imagen y/o el buen nombre de la institución, por contenidos mal redactados o mal estructurados que no orienten o informen de manera correcta al usuario	Pérdida de credibilidad ante la comunidad usuaria	3	3	ALTA	1	3	MODERADA	Profesional de Apoyo Prensa	Numero de formatos de publicación aplicados / Numero Total de Publicaciones realizadas *100 = 100%	La oficina de prensa gestionara ante la gerencia y el grupo de trabajo de gobierno en línea la solicitud de creación y asignación de usuarios únicos para el manejo de redes sociales y publicación en página web correspondiente a eventos de rendición de cuentas, jornadas de salud, brigadas, campañas y celebraciones, toda vez que la publicación de documentación manejo del link transparencia estarán a cargo de la oficina de sistemas. Así mismo la oficina de prensa utilizara los formatos establecidos de solicitud de publicación, verificando todas y cada una de las solicitudes de publicación de las diferentes oficinas y programas, contando siempre con el visto bueno de la gerencia o de quien esta delegue.
R12	Gestión Direccionamiento Estratégico y Planeación	Estratégico	* Que los procesos institucionales no estén estandarizados y articulados con los planes vigentes. * Falta de compromiso del personal con el desarrollo de las actividades propias de su cargo. * Que la proyección presupuestal no esta articulada con los planes vigentes * Falta de compromiso de la alta gerencia. * Falta de compromiso de los de los entes territoriales en la asignación de recursos para el desarrollo de los objetivos establecidos en los planes que necesiten contar con apoyo gubernamental. *Incumplimiento de la Misión y Visión	Incumplimiento de metas de planes estrategicos.	Se afectaría de manera negativa el desarrollo misional de la institución y en consecuencia la prestación del servicio.	3	3	ALTA	1	3	MODERADA	Profesional de Apoyo Planeación	(Numero de actividades cumplidas del PDI / Numero de Actividades programadas en el PDI) *100 = 100%	El líder de la oficina de planeación en concordancia con las orientaciones de la gerencia realizara seguimientos trimestrales a los indicadores y actividades establecidas en el plan de desarrollo institucional con el fin de mantener información actualizada del avance de los proyectos planteados y que permita tomar decisiones correctivas o preventivas orientadas al cumplimiento de las mismas, para ello la oficina de planeación a través del formato de seguimiento establecido generara un informe a la gerencia donde se consignaran los datos y conclusiones del análisis respectivo.
R13	Gestión Direccionamiento Estratégico y Planeación	De cumplimiento	* Proyectos mal formulados. * No se realiza la gestión. * No están acorde a las políticas y planes nacionales y/o departamentales y/o municipales. * No cumplen con los requerimientos normativos. * No están incluidos en los planes estratégicos institucionales. * No hay disponibilidad de recursos asignables acorde al objetivo del proyecto. * La comunidad usuaria no este de acuerdo con el objetivo del proyecto. Inexperiencia en la formulación de proyectos y de los requisitos para su gestión	Proyectos de inversión no viabilizados	Estancamiento en la mejora continua de los servicios, la infraestructura y actualización de los equipos y elementos necesarios para la prestación del servicio con calidad.	3	3	ALTA	1	1	BAJA	Profesional de Apoyo Planeación	(Numero de proyectos viabilizados / Numero total de proyectos a gestionar) *100 = 100%	El Líder de planeación en conjunto con el estructurador de proyectos designado, revisara todos los proyectos verificando el cumplimiento de los requisitos establecidos por el MSPS a través de la lista de chequeo, permitiendo así identificar el grado de cumplimiento de dichos requisitos, en caso de cumplir con los mismos se procederá a su radicación ante el IDS, en caso contrario se procederá a realizar las mejoras que correspondan. el líder de planeación y la alta gerencia de manera continua hará seguimiento a los proyectos presentados con el fin de mantener actualizada la información del estado de la gestión realizada y así de manera oportuna poder dar respuesta a los cambios y/o mejoras solicitadas por el ente receptor del proyecto que conlleve a la obtención de conceptos de viabilidad y asignación de recursos
R14	Gestión Direccionamiento Estratégico y Planeación	Operativo	Que la información necesaria para la elaboración de los informes y seguimientos no fluye de manera rápida y efectiva, debido a la falta de cultura en el uso de las herramientas ofimáticas como correos electrónicos y SIEP, además de la aplicación del autocontrol en cada oficina para la entrega oportuna y suficiente de la información. Solicitudes de informes no programados, con términos de entrega cortos que no permitan su eficiente consolidación.	Demoras o incumplimiento en cuanto a los términos de entrega de los informes de gestión y seguimientos a los planes estratégicos de la entidad	Sanciones por incumplimiento de términos de respuesta en cuanto a presentación de informes de gestión	4	3	ALTA	2	3	MODERADA	Profesional de Apoyo Planeación	(Numero de informes presentados oportunamente / Numero de informes solicitados y programados) *100 = 100%	El líder de planeación anualmente elaborará y socializará el cronograma de seguimientos y presentación de informes pertinentes a la oficina de planeación, con el fin de promover la entrega oportuna de los soportes correspondientes para y su debido análisis, permitiendo la toma de decisiones que conlleven al cumplimiento de las actividades, el seguimiento se realizara a través de los formatos establecidos y se generara un informe trimestral con las conclusiones del mismo que será enviado a la gerencia y a la oficina de control interno de gestión

			Que no se cuenta con un sistema de información articulado que permita acceder con usuarios de consulta y obtener la información de manera rápida y directa de la fuente.											
R15	Gestión Administrativa y Financiera	De cumplimiento	* Falta de revisión de los documentos y soportes de los actos administrativos por parte de los supervisores. * Desgaste administrativo en la revisión de soportes allegados a la dependencia. * Falta de compromiso. * Incumplimiento con el manual de Contratación, teniendo en cuenta los tiempos establecidos en el mismo	Trámite de los actos Administrativos del área de presupuesto sin el cumplimiento de los requisitos legales.	Sanciones, ilegalidad y nulidad de los mismos	3	3	ALTA	1	3	MODERADA	LIDER DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD	(Número de actos administrativos correctos / Número Total de actos administrativos) *100= 100%	El líder de la oficina de Presupuesto y Contabilidad realizará revisiones diarias a los actos administrativos que lleguen a su dependencia, con el fin de verificar la información entregada para su respectivo trámite; en caso de no cumplir con los requisitos solicitados se emitirán los avisos a través de comunicaciones internas a las oficinas responsables.
R16	Gestión Administrativa y Financiera	De cumplimiento	Incumplimiento de la entrega de la información en las fechas establecidas por las dependencias responsables. Falta de un sistema de información articulado que permita la consulta de información en tiempo real. Fallas en los sistemas y/o plataformas de entrega de la información que no permiten allegar oportunamente lo solicitado. Fenómenos naturales. Inoportunidad en la entrega de la información requerida por parte de los funcionarios y/o contratistas de la entidad	Entrega Inoportuna de los informes presupuestales a entes de control	Multas, sanciones por parte de los organismos de control.	3	3	ALTA	1	3	MODERADA	Lider de contabilidad	(Numero de informes presentados oportunamente / Numero de informes programados) *100= 100%	El líder de la oficina de contabilidad solicita con 15 días de anticipación mediante comunicación interna a las dependencias responsables del proceso la información requerida y avances ejecutados para ser consolidada y enviarse oportunamente a los entes de control correspondiente con el fin de evitar irregularidades futuras.
R17	Gestión Administrativa y Financiera	Tecnológico	* Falta de mantenimiento en el servidor y copias de seguridad. * Vulnerabilidad en los antivirus para poder detectar y neutralizar un hackeo. * Fallas en el servidor al realizar las copias de seguridad de la información contable y financiera de la entidad. Ataques externos hackers. * Problemas e inconvenientes legales, jurídicos, financieros y fiscales; ya que al perder esa información no tiene como sostener sus estados financieros.	Perdidas de información digital contable y financiera de la entidad	* Pérdida total de la información. * Cese de las actividades diarias por parte de los funcionarios y/o contratistas de la entidad, para recuperar de una u otra manera la información. Demoras en la presentación de informes y estados de resultados	4	4	EXTREMA	2	4	ALTA	JEFE DE OFICINA DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD	N° de respaldos realizados / 12 *100=100%	Realizar respaldos de los archivos físicos mensualmente para que la información sea de una manera fácil, rápida y muy segura. En ese sentido, resulta de vital importancia restaurar las actividades críticas en un tiempo prudente y regresar a la normalidad de las operaciones de manera progresiva.
R18	Gestión Documental	Operativo	Deficiencias en los procesos de inducción y reintroducción. Inasistencia a las jornadas de capacitación en materia de Gestión Documental. Falta de compromiso y adherencia a la aplicación de las Tablas de Retención Documental. Inexistencia de seguimientos a las actividades de Gestión Documental delegadas por parte de los Jefes de Oficina o Líderes de Procesos. Cambios en la normatividad archivística. Resultados de las auditorías externas. Incumplimiento a los procedimientos de Gestión Documental adoptados por la Entidad. Falta de seguimiento a los indicadores del proceso.	Documentos de la Entidad sin la aplicación de las Tablas de Retención Documental	Inadecuada disposición final de los documentos o pérdida de documentación relevante. Dificultades en la recuperación de la información y acceso a los documentos. Sanciones por incumplimiento a la Ley General de Archivo.	4	4	EXTREMA	2	4	ALTA	Profesional apoyo en gestión documental - Personal contratista y de planta	(Actividades realizadas / Actividades programadas)*100%	La profesional de apoyo del proceso Gestión Documental anualmente, elaborará y socializará el cronograma y las actividades de capacitación a la alta dirección y líderes de procesos. Así mismo, dará aplicación a las actividades con el propósito de orientar el uso de las Tablas de Retención Documental - TRD -, de la actividad se dejará registro de asistencia y participación. En el evento en que no se desarrollen las actividades o no se participe de las mismas se informará al subgerente Administrativo y Financiero para que se adopten las medidas pertinentes. La profesional de apoyo del proceso Gestión Documental realizará mensualmente visitas de inspección a cada dependencia con el fin de realizar seguimiento a la implementación de las TRD. Así mismo, informará oportunamente los resultados de las visitas a los subgerentes para que tomen las medidas necesarias o se propenda el mejoramiento continuo. De la actividad se dejará registro de asistencia y participación. Semestralmente, la profesional de apoyo del proceso Gestión Documental de acuerdo con los resultados de las visitas de inspección de aplicación de TRD evaluará la necesidad de realizar actualización de las TRD, situación que comunicará a la Subgerencia con el fin de obtener aprobación. De lo anterior, se dejará registro en el formato de comunicaciones o en actas.
			Falta de cumplimiento a la capacitación recibida Falta de compromiso y adherencia . Delegación											La profesional de apoyo del proceso de Gestión Documental remitirá trimestralmente una vez realizada la capacitación sobre el correcto diligenciamiento del inventario documental la lista de asistencia de todo el personal contratista y de planta a la subgerencia con el fin de que se realice seguimiento al correcto diligenciamiento del inventario documental.

R19	Gestión Documental	Operativo	<p>por parte de los jefes de oficina. Falta de conocimiento de la normatividad existente</p> <p>Incumplimiento de los instrumentos archivísticos y la elaboración del inventario documental.</p> <p>Falta de compromiso con los lineamientos emanados.</p>	Inventario documental desactualizado o inexistente en los archivos de cada dependencia y en archivo central	Pérdida de la información, desubicación de los expedientes, acceso tardío de la información, pérdida o hurto de folios.	4	4	EXTREMA	2	2	BAJA	Profesional apoyo en gestión documental - Personal contratista y de planta	(N° Total de visitas realizadas / N° Total de visitas programadas)*100%	La profesional de apoyo del proceso de Gestión Documental realizará visitas de seguimiento a cada dependencia con el fin de determinar si se está cumpliendo con la elaboración e implementación del inventario documental y se emitirá el respectivo informe de novedades por correo electrónico al jefe de oficina con el fin de realizar acciones correctivas que permitan el correcto.
R20	Gestión Jurídica	De cumplimiento	<p>Falta de actualización y revisión de la normativa dentro de la ESE HRSO. El flujo normativo que estableció la entidad carece de un proceso que permita su actualización de manera confiable y exhaustiva, lo que ocasiona que se ignoren nuevas normas que rigen a la Empresa Social del Estado.</p> <p>Cambios normativos imprevistos por razones extraordinarias como lo es la pandemia del Covid-19, que por su riesgo y especialidad ha requerido modificaciones normativas constantes.</p> <p>Falta de conocimiento de la normativa vigente y actual de las empresas sociales del Estado</p>	Incumplimiento a la normatividad aplicable a la institución como ESE.	<p>Sanciones, detrimento patrimonial, Daño imagen y reputación ante grupos de interés.</p> <p>Retraso en informes a entes de control</p>	3	3	ALTA	1	3	MODERADA	Oficina Jurídica	<p>Numero de actualizaciones normativas realizadas / numero de actualizaciones normativas requeridas * 100%</p>	<p>La oficina jurídica de la ESE HRSO a través de sus asesores revisará de manera trimestral actualizará el nomograma de la entidad a fin de lograr su fiabilidad con la normativa vigente para la época. Para ello, es fundamental crear a inicios de la vigencia del 2021 el proceso que ramifique cada una de las actuaciones que se deben llevar a cabo para lograr tal objetivo.</p> <p>Los asesores jurídicos deberán establecer lineamientos internos que posibiliten actualizarse sobre las normas que aplican a la ESE HRSO</p> <p>La oficina jurídica deberá actualizar el nomograma de la entidad en razón a la obligación legal que manda tal labor</p>
R21	Gestión Jurídica	De cumplimiento	<p>LA ESE HRSO CARECE DE PROCESOS ACTUALIZADOS QUE PERMITAN RESPONDER DE MANERA OPORTUNA A LOS DIFERENTES REQUERIMIENTOS JUDICIALES REALIZADOS POR LOS DESPACHOS JURISDICCIONALES.</p> <p>MODIFICACIÓN DE LA NORMATIVA FRENTE A LOS TÉRMINOS PARA RESPONDER LAS DIFERENTES ACCIONES LEGALES QUE SE INICIEN CONTRA LA ESE HRSO</p> <p>Los procesos actuales de la ESE HRSO no contemplan un debido control sobre los términos judiciales y en algunas ocasiones no existen procesos</p>	VENCIMIENTO DE TERMINOS	INCUMPLIMIENTO DE TÉRMINOS LEGALES FRENTE A LA ACCION DE TUTELA, DEMANDAS Y DEMÁS ACCIONES LEGALES	3	4	EXTREMA	1	2	BAJA	Oficina Jurídica	<p>Numero de demandas presentadas / numero de demandas respondidas * 100%</p>	<p>la oficina jurídica a través del comité correspondiente creará y aprobará un proceso interno para adecuar las actuaciones de los asesores jurídicos conforme a los términos legales</p> <p>La oficina jurídica de la ESE HRSO se compromete a tener el archivo de la oficina organizado y digitalizado para garantizar un tratamiento adecuado de la información.</p>
R22	Gestión Jurídica	Operativo	<p>ENTREGA TARDIA DEL PROYECTO DE RESPUESTA EN LOS DIFERENTES Servicios O ÁREAS A LAS CUALES SE DERIVA LAS PETICIONES.</p> <p>EXTEMPORANEIDAD EN LA EMISION DE RESPUESTAS A LOS DERECHOS DE PETICIÓN CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE.</p> <p>FALTA DE PROCESOS INTERNOS DE LA ESE HRSO QUE OTORQUE FIABILIDAD A LA RESPUESTA DE LAS PETICIONES</p>	EXTEMPORANEIDAD EN LA EMISION DE RESPUESTAS A LOS DERECHOS DE PETICIÓN CONFORME A LA NORMATIVIDAD VIGENTE	PETICIONES INCOMPLETAS, CONFUSAS, IRRESPETUOSAS	3	3	ALTA	1	3	MODERADA	Oficina Jurídica	<p>NUMERO DE PETICIONES RESUELTAS DE MANERA OPORTUNA / NUMERO DE PETICIONES RECIBIDAS * 100%</p>	El Profesional en jurídica actualizará el proceso que establecido para la respuesta de peticiones y demás oficios que se radican en la ESE HRSO, lo anterior con el fin de garantizar la respuesta oportuna de todas y cada una de las solicitudes allegadas
R23	Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	De cumplimiento	<p>Incumplimiento a la aplicación de los procedimientos establecidos referentes a la contratación de personal por parte del área de contratación.</p> <p>Reporte inoportuno por parte de los contratistas a la oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo sobre sus condiciones de salud.</p> <p>Cambios en la normatividad de seguridad y salud en el trabajo.</p> <p>No se está reportando la información de condiciones de salud del contratista por parte de la oficina de contratación al SGSST, una vez legalizado el contrato.</p>	Desconocimiento de las condiciones de salud del personal contratista	<p>Ausentismo laboral por enfermedades común.</p> <p>Retraso en los procesos por interrupción en la ejecución del objeto contractual que desmota al contratista.</p> <p>Sanciones por parte de los entes de vigilancia y control.</p> <p>Demandas por parte de los contratistas.</p>	4	3	EXTREMA	2	3	MODERADA	El responsable del SGSST	<p>(Número de seguimientos realizados / 4) *100= 100%</p>	El responsable del SGSST en coordinación con el Responsable de Contratación harán seguimiento trimestral al reporte de información necesaria tendiente a identificar las condiciones de salud del contratista al momento de su ingreso, a través de la evaluación de los indicadores del proceso. En caso que persista el incumplimiento informará tal situación al jefe de Administración Laboral.

R24	Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	De cumplimiento	Divergencia de los conceptos al interpretar la normatividad. Por falta de compromiso y responsabilidades de las áreas de trabajo para ejecutar la norma. Debilidades en el sistema de contratación debido a la rotación constante del personal y modalidad de contratación. falta de presupuesto en cumplir una contratación directa que permita las garantías mínimas de protección al personal. Omisión al cumplimiento de la normatividad vigente.	Porcentaje inaceptable de la implementación del SGSST evidenciado en los resultados de las auditorías al Sistema de Gestión.	Sanciones económicas por parte de los entes de vigilancia y control. Sanciones penales por demandas derivadas de accidentes de trabajo y enfermedades laborales. Probabilidad de que los trabajadores se encuentren más expuestos a diferentes riesgos que puedan afectar sus condiciones de salud. Incumplimiento a la normatividad vigente de seguridad y salud en el trabajo	4	3	EXTREMA	2	3	MODERADA	El responsable del SGSST	(Número de seguimientos realizados 4) *100= 100%	El responsable del SG-SST elaborará el plan de trabajo anual teniendo en cuenta los estándares mínimos para prevenir el incumplimiento de la normatividad, el cual es aprobado y publicado en la página institucional. Se le realizará un seguimiento trimestral a cargo del equipo de trabajo donde se hace entrega de las actividades cumplidas por medio de los soportes definidos, ante el incumplimiento de las actividades definidas se establece un plan de mejoramiento.
R25	Gestión de Información y atención al usuario	Operativo	Contratación del personal SIAU no idóneo y sin experiencia para cumplir con las funciones SIAU. Los promotores contratados no cumplen con el perfil para ejecutar las funciones del SIAU.	No se brinda una adecuada asesoría y orientación a los usuarios de acuerdo a la oferta de servicios y normatividad vigente.	insatisfacción de las necesidades del usuario y aumento de las solicitudes PQRSO.	4	3	ALTA	2	3	MODERADA	Lider Proceso SIAU	N° de Promotores SIAU con perfil idóneo / Total promotores SIAU contratados	Se ejecutarán capacitaciones en la normatividad vigente dentro del S.G.S.S.S. los primeros 5 días de cada mes, dirigidas a todos los promotores de las IPS, esta será realizada por el líder del proceso del SIAU. Con el propósito de mejorar los conocimientos y habilidades de los promotores SIAU. Durante esta actividad se realizará una evaluación de los conocimientos adquiridos en la capacitación y se diligenciará como evidencia el formato de asistencia y el formato de acta de reunión.
R26	Gestión de información y atención al usuario	De cumplimiento	Demora del trámite interno de las diferentes dependencias de la ESE HRSO para dar respuestas a las quejas de los usuarios. No se le da prioridad a las quejas de los usuarios.	Respuesta inoportuna a las PQRSO de los usuarios.	Insatisfacción del usuario. Pérdida de la credibilidad e imagen institucional y solicitud del retiro de nuestra entidad.	4	3	ALTA	2	3	MODERADA	Lider Proceso SIAU	N° de PQR contestadas oportunamente/ Total PQR recepcionadas	El líder del proceso es el encargado de informar el tiempo de respuesta oportuno a todas las dependencias implicadas para dar respuesta a cada una de las solicitudes PQRSO presentadas por los usuarios. Con el fin de cumplir los tiempos establecidos por la ley. Se le comunica a cada una de las dependencias y servidores públicos las peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y demandas presentadas por los usuarios, con el objetivo de dar respuesta oportuna a las insatisfacciones presentadas y mejorar la calidad del servicio ofertado en cada una de las IPS de ESE HRSO
R27	Gestión de farmacia	De cumplimiento	Expedición inoportuna de las necesidades con especificaciones técnicas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos desactualización de los registros de inventarios de insumos, medicamentos y dispositivos médicos en el software TNS en los servicios de farmacia Establecer máximos y mínimos en el inventario. barreras en el trámite de contratación para compra y suministro de insumos, medicamentos y dispositivos Falta de personal operativo para el despacho de pedidos. Falta de medios de transporte para la distribución de medicamentos e insumos a la red de la ESE HRSO. Consumo desmedido de los dispositivos médicos	Insuficiencia de insumos médicos en la red de la ESE HRSO para la prestación del servicio	barreras en la atención oportuna a los usuarios sanciones en por parte de entes externos por falta de stock de medicamentos, insumos y dispositivos médicos en los servicios interrupciones periódicas en la prestación de los servicios pérdida de recursos por la no prestación de los servicios por parte de las EAPB	4	1	MODERADA	2	1	BAJA	Regente de Farmacia	Numero de Items actualizados a un corte del kardex en tris / Numero de items total en el inventario de la farmacia *100 = 100%	El líder de farmacia de manera semestral establecerá máximos y mínimos de acuerdo a los criterios de consumo, reposición, situaciones de emergencia y contingencia hospitalaria presentándolos para su aprobación al comité de farmacia, a su vez de manera mensual realizarán seguimiento a los indicadores de faltantes y/o sobrantes con el fin de mantener información actualizada de los inventarios al día en los servicios de farmacia. En caso de observaciones o desviaciones se tomarán decisiones correctivas o preventivas, para ello la oficina de farmacia a través de un formato de seguimiento realizara revision donde se consignaran los datos y conclusiones del análisis. En caso de encontrarse una necesidad urgente de algún medicamento o insumo, el tecnico area salud generará la proyección en formato de necesidad respectivo la cual se radicará en la oficina de servicios generales con el visto bueno de subgerencia, con la justificación correspondiente para que se desarrolle el proceso contractual correspondiente de acuerdo al manual de contratación.
R28	Gestión de farmacia	De cumplimiento	personal insuficiente para ejecutar actividades de atención en los servicios de farmacia demora en el registro de ingreso de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos a la bodega de farmacia central en el software tras por parte de responsable de almacén interrupciones permanentes o periódicas en el servicio de internet para servicio oportuno en el software. demora en el envío de la factura por parte del proveedor.	desactualización de inventarios en los servicios de farmacia de la entidad	descargas atrasadas en el sistema de los servicios de farmacia información desactualizada para revisar necesidades optimamente ajustadas, desde cada servicio de farmacia	3	2	MODERADA	1	2	BAJA	Regente de Farmacia	numero de actividades del proceso farmacéutico cumplidas al mes/total de actividades del servicio farmacéutico que se deben llevar a cabo *100= 100%	El líder de farmacia establecera un cronograma de revision de inventarios de las farmacias de las IPS, en el cual se programaran 2 visitas en el año de manera aleatoria, en cada visita se diligenciará un acta en la que se consignaran los datos y observaciones encontradas. El líder de farmacia apoyara al area de almacen en el proceso de recepción técnica de medicamentos e insumos, ademas de verificar que el pedido cumpla con lo establecido en el contrato, documentación soporte y demas obligaciones, a su vez en caso de incumplimientos avisara de manera inmediata a la subgerencia y a la oficina de contratación para la gestión de las polizas correspondientes.

R33	Gestión de Laboratorio Clínico	Operativo	que los vehículos presenten fallas Vías en mal estado, eventos que impidan el paso del transporte que lleva las muestras. Vehículos en malas condiciones, Conductores no idóneos para las actividades asignadas (personal sin conocimiento en bioseguridad y transporte de muestras). Fallas en el transporte de muestras desde las IPS hasta los laboratorios de procesamiento.	Demora en el recorrido de la recolección de las muestras en las IPS	Alteración en la conservación de las muestras que afecta el resultado	3	3	ALTA	2	3	MODERADA	Coordinación del Laboratorio	Oportunidad en la entrega de muestras de laboratorio clínicos 4 Horas Numero de pruebas entregadas oportunamente / Numero de pruebas recolectadas * 100%	La coordinación del laboratorio establecerá los horarios para la toma y recolección de muestras, además de verificar los recorridos de las mismas a través de la implementación del formato "Bitácora de conductor" el cual deberá diligenciarse de manera diaria y consolidara los resultados de manera mensual en cuanto a la medición de los tiempos de entrega, a su vez la coordinación, propondrá la centralización de servicios de laboratorio.
R34	Gestión de Promoción y Prevención	Operativo	Pérdida de la información al momento del cargue de los RIPS en las plataformas dispuestas para el reporte Mala Calidad de las bases de datos reportadas las EAPB. Inasistencia de los usuarios a vacunarse por presentar enfermedad y atrasan el esquema de vacunación. Escases del biológico por inconvenientes en su producción y/o adquisición. Inconvenientes en la ejecución de los procedimientos	Incumplimiento de metas de vacunación	Descuentos o glosas en el pago de los contratos de capitación por parte de las EAPB Afectación presupuestal Aparición de brotes por enfermedades inmunoprevenibles en la población exante Sanciones legales y fiscales Disminución de la población contratada por parte de las EPAB	4	3	ALTA	2	3	MODERADA	Coordinación asistencial	numero de usuarios atendidos/numero de rips entregados*100%	El líder del programa de vacunación una vez realizado el reporte de coberturas en los sistemas de información dispuestos para ello, radicará físicamente los RIPS al operador de facturación mensualmente con el propósito de prevenir pérdida de información reportada. En caso de presentarse desviación o fallas en la aplicación del control comunicará al jefe de Promoción y Prevención para que se tomen las medidas correspondientes.
R35	Gestión de Promoción y Prevención	De cumplimiento	Falta de insumos en reactivos en laboratorio para el procesamiento de la muestra Demoras en el reporte de resultados de laboratorio. Falta de insumo para la aplicación del tratamiento -Jeringas -Agujas -Penicilina cristalina Falta de personal en los servicios de urgencia para la aplicación y administración del tratamiento. Escases del tratamiento por inconvenientes en su adquisición por parte del ente territorial.	Niveles inaceptables de los indicadores de cumplimiento de la adherencia al tratamiento para la sífilis gestacional	Patología sífilis congénita en el recién nacido. Sanciones legales y fiscales por ente territorial	4	3	ALTA	2	3	MODERADA	jefe del programa materno perinatal	Numero de maternas con aplicación de tratamiento / Numero de pruebas rápidas reactivas para sífilis * 100 = 100%	El líder de laboratorio reportara de manera inmediata al profesional de enfermería el resultado de prueba rápida reactiva para sífilis, este activara el protocolo de búsqueda, asignación de cita para notificación del evento y tratamiento. El líder del programa materno perinatal una vez identificada la usuaria notificará a la EAPB de afiliación a través de los sistemas de información en el informe de seguimiento para la sífilis gestacional; en caso de que la usuaria no se reporte se informará al Jefe de Salud publica para que realice las acciones pertinentes.
R36	Gestión de Promoción y Prevención	De cumplimiento	Falta de recurso humano para realizar las actividades establecidas en la ruta materno perinatal. * Falta de compromiso del personal con el desarrollo de las actividades propias de su cargo * Falta de compromiso de la alta gerencia falta de compromiso por parte de la usuaria a la asistencia de los controles prenatales para el cuidado y bienestar de su salud y la del bebé. Control prenatal tardío mayor a las 10 semanas de gestación. Con evidencia de : alteraciones y complicaciones durante el embarazo	Incumplimiento a la captación de las gestantes antes de las 10 semanas de gestación para la atención para el cuidado prenatal.	Incumplimiento al indicador gerencial. Sanciones legales y fiscales por las EAPB en lo establecido dentro de sus contratos. Mortalidades perinatales y maternas por incumplimiento en la atención durante el embarazo.	4	3	ALTA	2	3	MODERADA	jefe del programa materno perinatal	Numero de mujeres gestantes a quienes se le realizó por lo menos una valoración médica y se inscribieron el Programa de Control Prenatal de la E.S.E., a más tardar en la semana 10 de gestación/Total de mujeres gestantes identificadas.	El líder del programa materno perinatal socializara de manera mensual las estrategias a los profesionales de enfermería de cada Ips para la búsqueda y captación temprana de las gestantes, una vez realizada la captación de la gestante se reportara a la EAPB de afiliación de la usuaria a través de la plataforma dispuesta para ello, el líder de programa hará seguimiento trimestral al resultado del indicador con el fin de desplegar las acciones correctivas pertinentes y las reportara al líder de promoción y prevención.
R37	Gestión de Promoción y Prevención	De cumplimiento	Cierre horario de los servicios de consulta externa de las IPS de atención de la ESE HRSO Falta de recurso humano para realizar las actividades establecidas en la ruta materno perinatal. * Falta de compromiso del personal con el desarrollo de las actividades propias de su cargo Alteraciones durante el embarazo no detectadas a tiempo durante el control prenatal para su prevención y tratamiento. Inasistencia a los controles prenatales para el cuidado y la atención materno perinatal. Inasistencia por motivos culturales por el tipo de creencias y religión. Factor económico, lugar de asistencia para los controles prenatales lejos del lugar de vivienda	Muerte materna o perinatal	Incumplimiento a la prestación de los servicios de salud en el cuidado para los controles prenatales Alteraciones durante el embarazo que ocasionan riesgo para la salud de la madre e hijo. Mortalidad y/o morbilidades maternas por incumplimiento a la atención de los controles prenatales. Mortalidad y/o morbilidades perinatales	3	3	ALTA	1	3	MODERADA	jefe del programa materno perinatal	Numero de decesos de maternas y/o perinatales / Numero de maternas atendidas * 100 = 100%	el Líder del programa materno perinatal de manera mensual a través de los profesionales de enfermería socializara las posibles alteraciones durante el embarazo para prevenir el riesgo de muerte materna y/o perinatal, los profesionales de enfermería a su vez replicaran la información a los profesionales de medicina con el fin de garantizar el correcto diagnóstico de dichas alteraciones y que estas queden debidamente diligenciadas en la historia clínica, en caso de identificar una materna con embarazo de alto riesgo se notificará de manera mensual a la EAPB para su seguimiento.

R38	Gestión Administrativa en Salud	De cumplimiento	Falta de asignación de recursos para el mejoramiento de la infraestructura. Demoras en el reporte de daños o afectaciones. Deficiencia en los canales de comunicación. Falta de un plan de mantenimiento preventivo acorde a las necesidades de la ESE. Falta de recurso humano para realizar las labores de reparación localivas.. cambio en la normatividad de habilitación. falta de relación precisa con otros procesos en cuanto a los insumos, proveedores y productos asociados al mejoramiento de la infraestructura.	Cierre de servicios por incumplimiento de las normas de habilitación en infraestructura	Paralización en la prestación del servicio generando mala imagen institucional, sanciones y/o multas por parte de entes de control, incumplimiento de metas, pérdida de usuarios con las EAPBs.	3	3	ALTA	1	3	MODERADA	Coordinación asistencial	N° de IPS Funcionando en óptimas condiciones / N° total de IPS de la red HRSO	El coordinador de la IPS reportara de manera inmediata a la subgerencia a quien corresponda y a través de los medios establecidos el daño encontrado para su inmediata reparación, así mismo el coordinador realizara el debido seguimiento a la reparación del daño reportado El coordinador de la IPS en compañía del profesional de obras (servicios generales) verificara trimestralmente el estado de la infraestructura y priorizaran las labores localivas de mantenimiento o reparación las cuales se incluirán en el plan de mantenimiento anual de la institución.
R39	Gestión de Transporte Asistencial	Operativo	Deficiente recurso humano para realizar el reporte de referencia de pacientes con orden de remisión a alta complejidad. Falta de experiencia técnica al momento de realizar el reporte de referencia. Formatos de referencia de pacientes ilegibles e incompletos. No contar con disponibilidad de automotores para traslado TAB. Demoras en la autorización de traslado del paciente referido por parte de la EAPBs Demoras en la aceptación del paciente referido por parte de la RED prestadora de alta complejidad. Demora en la definición de conducta por parte del personal medico.	Complicaciones de los pacientes en proceso de referencia a alta complejidad	Mortalidad, discapacidad grave, moderada o leve de los pacientes Demandas, Multas o Sanciones	4	3	ALTA	2	3	MODERADA	Lider de referencia y contrareferencia	N° de pacientes complicados en el proceso de traslado / N° total de pacientes trasladados * 100 = 100%	El lider del proceso de referencia y contrareferencia de manera trimestral realizara capacitaciones al personal medico, de enfermería y conductores con respecto a los procedimientos para la referencia y traslado de pacientes, garantizando la celeridad en el desarrollo del traslado, de igual manera mantendra comunicación directa con el CRUE, las EAPBs y las redes alternas de prestación de servicios.
R40	Talento Humano	De cumplimiento	falta de adherencia al proceso y procedimiento e relación a los pasos a seguir para validar los soportes legales para formalizar el nombramiento.. falta de etica profesional del responsable en verificar los requisitos legales.. falta de implementación del proceso y procedimiento para vincular personal de planta.	falta de verificación del cumplimiento de los requisitos legales al personal de planta en el manual de funciones de la ESE.	sanciones disciplinarias por el decreto 2484 del 2004, daño a la imagen.	3	3	ALTA	3	3	ALTA		N° de empleados posesionados que cumplen con los requisitos / Numero Total de empleados posesionados en el trimestre * 100 = 100%	El lider de talento humano verificara el cumplimiento de los requisitos para la posesion del personal de planta emitiendo concepto de viabilidad de acuerdo a la aplicación de la lista de chequeo para la verificación del cumplimiento de requisitos previa a la posesion del empleado; la lista de chequeo estara apegada al manual de funciones con el que cuenta la entidad el cual debiera contener los requisitos legales para el nombramiento.
R41	Gestión de Promoción y Prevención	De cumplimiento	Alta rotación del talento humano que brinda atención Falta de compromiso del personal No adherencia a las guías de atención. Falta de compromiso por parte de los pacientes a la asistencia de los controles y a la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Factor económico para el desplazamiento al lugar de la atención. Retrasos en las autorizaciones y resultados de exámenes de laboratorios de segundo nivel por parte de las EPS. Retraso en el seguimiento del paciente por desconocimiento de los procedimientos	Incumplimiento de aplicación de la guía de manejo de enfermedades hipertensiva y diabetes mellitus	Incumplimiento al indicador de gestión de gerencia. No adherencia de pacientes al programa. Sanciones legales y fiscales por ente territorial. Mortalidades por no control adecuado de la enfermedad	3	3	ALTA	1	3	MODERADA	Profesional de apoyo de programa crónicos	N° de Historias clínicas con aplicación estricta de la guía de atención de enfermedad hipertensiva adoptada por la ESE/Total de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación) x 100% N° de Historias clínicas con aplicación estricta de la guía de atención de diabetes mellitus adoptada por la ESE/Total de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus atendidos en la ESE en la vigencia objeto de evaluación) x 100%	El profesional de apoyo del programa crónicos gestionará la capacitación de manera semestral al personal médico y de enfermería sobre la Guía de manejo de la enfermedad hipertensiva y diabetes mellitus con el fin de mejorar la adherencia a la misma, y los profesionales a su vez garantizarán el correcto manejo de la enfermedad en los pacientes deberán registrar debidamente la historia clínica. Los pacientes identificados se notificarán de manera mensual a través de los informes a las EAPB de su afiliación. A su vez se hará seguimiento trimestral al indicador mediante la aplicación de auditorías a las HC de acuerdo a la muestra establecida.
R42	Servicios asistenciales	Operativo	Desconocimiento de las recomendaciones trazadoras de guías de practica clinica adoptadas. Resistencia al cambio o falta de motivación del personal médico. Fallas de los procesos de implementación, evaluación o auditoría de adherencia a las recomendaciones. No contar con un sistema de información articulado que facilite el proceso de auditoría.. Fallas en los procesos o procedimientos de farmacia, de adquisición de dispositivos, equipos biomédicos.	Presentación de incidentes y eventos de seguridad del paciente	Afectación o complicaciones en la salud física y/o psicológica de los usuarios del servicio. Demandas Médico - legales. Afectación de la imagen institucional, presentación de quejas o reclamos, insatisfacción de usuarios	5	3	EXTREMA	3	1	BAJA	Lider institucional de seguridad del paciente	Numero de incidentes y/o eventos adversos gestionados / Numero de incidentes o eventos adversos reportados. Porcentaje de cumplimiento de acciones de mejoramiento formuladas en el periodo.	El referente de seguridad del paciente debe verificar diariamente el grado de adherencia a la aplicación de correctos para la administración de medicamentos, aplicación de escala para riesgo de caídas, aplicación de listas de chequeo para eventos de seguridad, seguimiento de alarmas de seguridad de medicamentos para la prevención de incidentes y de eventos adversos relacionados con la atención en salud dejando un registro de las no conformidades detectadas y reportando de manera inmediata a la lider institucional la presentación d... Los planes de mejoramiento serán elaborados en el ámbito del comité de seguridad del paciente para ser ejecutados por los actores del proceso. El seguimiento al cumplimiento de las acciones será responsabilidad de la Lider institucional de seguridad del paciente de la institución quien debiera presentar un informe trimestral de las acciones de mejora propuestas y ejecutadas o gestionadas. Trimestralmente El referente de seguridad del paciente en acompañamiento con los estudiantes de convenios docencia servicio implementaran estrategias de capacitación y sensibilización dirigidas a los usuarios y/o acompañante - familia que promuevan el autocuidado para la prevención de incidentes o eventos de seguridad en los procesos de atención clínica.
R43	Servicios asistenciales	Operativo	Desconocimiento de las recomendaciones trazadoras de guías de practica clinica adoptadas. Resistencia al cambio o falta de motivación del personal médico. Fallas de los procesos de implementación, evaluación o auditoría de adherencia a las recomendaciones. No contar con un sistema de información articulado que facilite el proceso de auditoría.. Fallas en los procesos o procedimientos de farmacia, de adquisición de dispositivos, equipos biomédicos.	No adherencia a GPC adoptadas para el servicio	Variabilidad en los procesos de atención del servicio y de la practica clinica, Disminución de la calidad de la atención de los usuarios, mayor incidencia de errores, fallas en la atención clínica y de riesgos en la prestación de servicios, aumento de los costos	3	3	ALTA	1	1	BAJA	Coordinación Médica y auditoría médica	Grado de adherencia a recomendaciones trazadoras de GPC para el servicio Mayor = a 90%	Coordinación Médica debiera socializar y evaluar semestralmente las recomendaciones trazadoras de GPC adoptadas para el servicio y presentar un informe semestral de los resultados de las actividades ejecutadas, identificando barreras y facilitadores para la implementación de recomendaciones trazadoras de GPC en la practica asistencial del servicio Auditoría médica debiera evaluar semestralmente a través de auditoría de historia clínicas la adherencia a la aplicación de las recomendaciones trazadoras de las guías de practica clinica en la practica asistencial y presentar un informe del grado de adherencia o aplicabilidad a las recomendaciones de GPC adoptadas por la institución para el servicio.

			El arraigo a las creencias populares y la participación de la industria farmacéutica. Insuficiente personal para los procesos de auditoría médica. No adherencia a las normativas vigentes para el manejo de historias clínicas por parte del personal asistencial. No sistematización de historia clínica en todas las IPS. Falta de parametrización o de controles para garantizar el adecuado diligenciamiento de la historia clínica sistematizada. Entrega de información errónea por parte de usuarios del servicio. Insuficiente personal para realizar procesos de auditoría concurrente de calidad del registro de historias clínicas. Insuficiente hardware para la implementación de la historia clínica sistematizada o electrónica en	servicios, entorno de los cursos en la prestación de servicios.										
R44	Servicios asistenciales	Operativo	Inadecuado diligenciamiento de Historia clínica física o electrónica	Glosas de servicios prestados. Presentación de incidentes o Eventos adversos. Fallas en los procesos de facturación. Repercusiones de tipo legal o administrativo por el inadecuado diligenciamiento de la historia clínica. Falta de soportes ante reclamaciones jurídicas	5	3	EXTREMA	3	1	BAJA	Jefe de pyp y coordinadores de área (Medicina-Enfermería-Odontología) y Auditoría médica	No. de ips con historia clínica sistematizada/ total de ips de la red x100 = 100 % No. de historias clínicas valoradas por auditoría médica con adecuado diligenciamiento/ Total de historias clínicas valoradas en el periodo x100%	La subgerencia de atención en salud anualmente a través de Los coordinadores de área y referentes de programa y el jefe de oficina de pyp, establecerán los criterios de parametrización por servicios o programas de la historia clínica sistematizada teniendo en cuenta los criterios exigibles de acuerdo a la normatividad vigente, lo cual estará soportado por las actas de reunión y los formatos electrónicos y/o físicos de la HC por programa o servicio. Auditoría médica realizará la valoración semestral de la calidad de los registros clínicos a través de auditoría de historias clínicas de pacientes atendido en el servicio y presentará un informe con resultados del proceso de auditoría para la formulación de acciones de mejoramiento. Los coordinadores de área deben Solicitar y gestionar ante la dependencia responsable la aplicación de controles para el adecuado y completo diligenciamiento de todos los formatos que hacen parte de la historia clínica sistematizada teniendo en cuenta las desviaciones detectadas, lo anterior de acuerdo al seguimiento semestral a la calidad de los registros clínicos.	
R45	Servicios asistenciales	De corrupción	Fallas en los procedimientos de entrega y recibo de turno. Bajo sentido de pertenencia en funcionarios o trabajadores de la entidad Bajo nivel socioeconómico de la población usuaria de los servicios. Poca conciencia de la comunidad para cuidar lo público. Fallas en la definición de controles de seguridad para salvaguardar los bienes del servicio. Desactualización de inventarios de bienes del servicio.	Demoras o no continuidad en la prestación de servicios. Desabastecimiento de insumos o medicamentos para la prestación de servicios. Aumento en los costos de operación del servicio. Apertura de investigaciones de tipo administrativo o judicial.	4	3	ALTA	2	3	MODERADA	Coordinación Asistencial	No. de faltantes en bienes del servicio presentados y/o reportados en el mes.	La Subgerencia de atención a través de los coordinadores de áreas deberá semestralmente socializar los procedimientos de entrega y recibo de turno con el personal asistencial. El acta de socialización será la evidencia de la actividad ejecutada. Coordinación de enfermería deberá diariamente verificar la correcta entrega y recibo de turno por parte del personal de enfermería incluyendo la entrega de los equipos asignados al servicio. Se deberá registrar en el libro de novedades del servicio las desviaciones detectadas e informar de manera inmediata a la coordinación asistencial el o los equipos faltantes durante la entrega y recibo de turno para iniciar la investigación correspondiente	
R46	Gestión Administrativa y Financiera	Tecnológico	Red eléctrica inestable Falta de Mantenimiento Mal uso del funcionamiento códigos maliciosos (Spyware, Troyanos, Virus, Gusanos)	Retrasos en procesos	4	4	ALTA	2	3	MODERADA	Sistemas	# de mantenimientos programados # de mantenimientos realizados	Realizar dos Mantenimientos preventivos en el año, Actualizar Hojas de vida de los equipos actualizar formatos de los mantenimientos Realizar los Mantenimientos correctivos que sean necesarios para el buen funcionamiento de las actividades diarias de las dependencias	
R47	Gestión Administrativa y Financiera	Tecnológico	Interrupciones servicios eléctricos, mal funcionamiento de la red.	Reportes extemporáneos a entes de control	4	4	ALTA	2	3	ALTA	Sistemas	#Pc conectados a fuentes / # total de pc	Los equipos se deberían proteger contra fallas de energía y otras interrupciones causadas por fallas en los servicios de suministro.	