

IDENTIFICACION		PLAN DE ADMINISTRACION DEL RIESGO										FASES DE SEGUIMIENTO										CONSOLIDADO ANUAL												
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DEL RIESGO	TIPOLOGIA	ACCIONES A IMPLEMENTAR	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir realice un solo indicador asociado al objetivo del proceso)	PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL. A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL				SEGUNDO ORDEN/SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL				EVALUACION PRIMER SEMESTRE 2018				EVALUACION SEGUNDO SEMESTRE 2018				UNIDAD DONDE SE PRESENTA	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS DE GESTION DEL RIESGO	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS	RECOMENDACION				
								Responsible de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencia de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicacion y eficacia de los controles dentro de su proceso.										Responsible de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el Autocontrol, realizar la evaluacion del desempeño de la gestion, y reportar a la Alta Direccion los resultados consolidados.																
								PRIMER TRIMESTRE		SEGUNDO TRIMESTRE		TERCER TRIMESTRE		CUARTO TRIMESTRE		EVALUACION PRIMER SEMESTRE 2018		EVALUACION SEGUNDO SEMESTRE 2018		EVALUACION PRIMER SEMESTRE 2018		EVALUACION SEGUNDO SEMESTRE 2018												
FECHA	RIESGO MATERIALIZADO (SI/NO)	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO														
13	CONTRATACION	Contratacion (Bienes y Servicios)	Riesgo de incumplimiento de obligaciones contractuales por falta de recursos financieros para el pago de un servicio.	Personas	Compras	1. Socializar el Plan Anticorrupcion Institucional. 2. Actualizar procedimiento de contratacion para prevenir posibles actos de corrupcion. 3. Evaluar el Plan anticorrupcion institucional.	% de Cumplimiento PAA	07/04/2018	NO	06/07/2018	NO	22/11/2018	NO	18/01/2019	NO	05/07/2018	NO						N.A.	Se mantiene desarrollo y monitoreo el PAAC Institucional, con seguimiento al total de actividades que aplican para el trimestre en las 6 estrategias que lo integran.	NO	15/02/2019	El cumplimiento consolidado del Plan Anticorrupcion y de Atencion al Ciudadano Institucional de 2018 fue del 98%, con tendencia a la mejora frente a resultados obtenidos en cada trimestre así: 98% a primer trimestre de 2018, 90% a segundo trimestre, 98% a tercer trimestre y 98% a cuarto trimestre. Situación que obedece al desarrollo de acciones conjuntas entre los procesos y al mejoramiento en las estrategias implementadas para mejorar el acceso y comunicación con la ciudadanía. Los resultados fueron: 99% Gestión de riesgos de corrupción, 97% socialización de cuentas, 100% Rendición de cuentas, 97% socialización de cuentas, 100% Rendición de cuentas.	Continuar los controles para mantener la tendencia creciente de resultados, con Cero (0) riesgos materializados de tipología corrupción producto de los controles implementados. Mantener el seguimiento oportuno del PAAC, promoviendo la cultura de autocorriente frente a los reportes de las acciones y mejorando los controles frente a la oportunidad y calidad de información publicada en la web conforme a características requeridas.						
14	CONTRATACION	Contratacion (Bienes y Servicios)	Riesgo de incumplimiento de obligaciones contractuales por falta de recursos financieros para el pago de un servicio.	Externo	CORRUPCION	1. Socializar el Plan anticorrupcion Institucional. 2. Actualizar procedimiento de fase de contratacion de OPS con inclusion de acciones para prevenir posibles actos de corrupcion. 3. Evaluar el Plan anticorrupcion institucional.	% de Cumplimiento PAA	07/04/2018	NO	06/07/2018	NO	22/11/2018	NO	18/01/2019	NO	05/07/2018	NO						N.A.	Se mantiene desarrollo y monitoreo el PAAC Institucional, con seguimiento al total de actividades que aplican para el trimestre en las 6 estrategias que lo integran.	NO	15/02/2019	El cumplimiento consolidado del Plan Anticorrupcion y de Atencion al Ciudadano Institucional de 2018 fue del 98%, con tendencia a la mejora frente a resultados obtenidos en cada trimestre así: 98% a primer trimestre de 2018, 90% a segundo trimestre, 98% a tercer trimestre y 98% a cuarto trimestre. Situación que obedece al desarrollo de acciones conjuntas entre los procesos y al mejoramiento en las estrategias implementadas para mejorar el acceso y comunicación con la ciudadanía. Los resultados fueron: 99% Gestión de riesgos de corrupción, 97% socialización de cuentas, 100% Rendición de cuentas, 99% mejoramiento de cuentas, 100% Rendición de cuentas, 99% mejoramiento de cuentas, 100% Rendición de cuentas.	Continuar los controles para mantener la tendencia creciente de resultados, con Cero (0) riesgos materializados de tipología corrupción producto de los controles implementados. Mantener el seguimiento oportuno del PAAC, promoviendo la cultura de autocorriente frente a los reportes de las acciones y mejorando los controles frente a la oportunidad y calidad de información publicada en la web conforme a características requeridas.						
15	CONTRATACION	Contratacion (Bienes y Servicios)	Riesgo de incumplimiento de obligaciones contractuales por falta de recursos financieros para el pago de un servicio.	Externo	CORRUPCION	1. Socializar el Plan anticorrupcion Institucional. 2. Actualizar procedimiento o documento asociado a gestion de bienes y servicios para el mejoramiento.	% de Cumplimiento PAA	07/04/2018	NO	06/07/2018	NO	22/11/2018	NO	18/01/2019	NO	05/07/2018	NO						N.A.	Se mantiene desarrollo y monitoreo el PAAC Institucional, con seguimiento al total de actividades que aplican para el trimestre en las 6 estrategias que lo integran.	NO	15/02/2019	El cumplimiento consolidado del Plan Anticorrupcion y de Atencion al Ciudadano Institucional de 2018 fue del 98%, con tendencia a la mejora frente a resultados obtenidos en cada trimestre así: 98% a primer trimestre de 2018, 90% a segundo trimestre, 98% a tercer trimestre y 98% a cuarto trimestre. Situación que obedece al desarrollo de acciones conjuntas entre los procesos y al mejoramiento en las estrategias implementadas para mejorar el acceso y comunicación con la ciudadanía. Los resultados fueron: 99% Gestión de riesgos de corrupción, 97% socialización de cuentas, 100% Rendición de cuentas, 99% mejoramiento de cuentas, 100% Rendición de cuentas, 99% mejoramiento de cuentas, 100% Rendición de cuentas.	Continuar los controles para mantener la tendencia creciente de resultados, con Cero (0) riesgos materializados de tipología corrupción producto de los controles implementados. Mantener el seguimiento oportuno del PAAC, promoviendo la cultura de autocorriente frente a los reportes de las acciones y mejorando los controles frente a la oportunidad y calidad de información publicada en la web conforme a características requeridas.						
16	CONTRATACION	Contratacion (Bienes y Servicios)	Riesgo de incumplimiento de obligaciones contractuales por falta de recursos financieros para el pago de un servicio.	Externo	CORRUPCION	1. Socializar el Plan anticorrupcion Institucional. 2. Actualizar procedimiento o documento asociado a gestion de bienes y servicios para el mejoramiento.	% de Cumplimiento PAA	07/04/2018	NO	06/07/2018	NO	22/11/2018	NO	18/01/2019	NO	05/07/2018	NO						N.A.	Se mantiene desarrollo y monitoreo el PAAC Institucional, con seguimiento al total de actividades que aplican para el trimestre en las 6 estrategias que lo integran.	NO	15/02/2019	El cumplimiento consolidado del Plan Anticorrupcion y de Atencion al Ciudadano Institucional de 2018 fue del 98%, con tendencia a la mejora frente a resultados obtenidos en cada trimestre así: 98% a primer trimestre de 2018, 90% a segundo trimestre, 98% a tercer trimestre y 98% a cuarto trimestre. Situación que obedece al desarrollo de acciones conjuntas entre los procesos y al mejoramiento en las estrategias implementadas para mejorar el acceso y comunicación con la ciudadanía. Los resultados fueron: 99% Gestión de riesgos de corrupción, 97% socialización de cuentas, 100% Rendición de cuentas, 99% mejoramiento de cuentas, 100% Rendición de cuentas, 99% mejoramiento de cuentas, 100% Rendición de cuentas.	Continuar los controles para mantener la tendencia creciente de resultados, con Cero (0) riesgos materializados de tipología corrupción producto de los controles implementados. Mantener el seguimiento oportuno del PAAC, promoviendo la cultura de autocorriente frente a los reportes de las acciones y mejorando los controles frente a la oportunidad y calidad de información publicada en la web conforme a características requeridas.						
17	CONTRATACION	Contratacion (Bienes y Servicios)	Riesgo de incumplimiento de obligaciones contractuales por falta de recursos financieros para el pago de un servicio.	Personas	Compras	1. Actualizar los procedimientos o documentos de contratacion con énfasis en mejoramiento de controles internos y en el pago de un servicio. 2. Socializar los procedimientos a las partes interesadas. 3. Monitorear el cumplimiento y aplicacion de lineamientos de contratacion actualizados con énfasis a suspensiones (grates y postes) implementadas acciones de mejoramiento a lugar según resultados.	Demandas en contra de la entidad por incumplimiento de obligaciones contractuales con proveedores y terceros en la etapa pre contractual	05/04/2018	NO	04/07/2018	NO	22/11/2018	NO	18/01/2019	NO	15/07/2018	NO						N.A.	Se ha socializado y mejoramiento con colaboradores y superiores de contratos de bienes, servicios y OPS todo lo referente a tramite y ejecución de los contratos desde su etapa precontractual hasta su etapa post contractual en cuanto con la medida de adopción correspondiente a las socializaciones de procesos y procedimientos institucionales es de notar que en estas socializaciones se realiza teniendo en cuenta el Manual de Contratacion y Supervision, Procesos y procedimientos ajustados a la normatividad vigente.	NO	15/02/2019	En la institucion operan controles al interior del proceso de contratacion (manual de contratacion, comité de contratacion, procedimientos de estudio de bienes y servicios), que a través de la Implementacion de herramientas para la transparencia en el proceso de contratacion en todos los frentes. Durante los meses de febrero y marzo se hizo proceso de socialización de manual de contratacion, supervision y estado de contratacion a los supervisores. En proceso actualizacion de documentos complementarios.	Continuar con los procesos dentro de capacitacion a los colaboradores y superiores en cuanto al manual de supervisión entre otros temas.						
18	DEARROLLO INSTITUCIONAL	Gerencia del Riesgo	Riesgo de incumplimiento de obligaciones contractuales por falta de recursos financieros para el pago de un servicio.	Personas	Lavado de activos	1. Normalizar la documentacion asociada a control de lavado de activos. 2. Socializar lineamientos en Salfat a las partes interesadas. 3. Controlar el reporte de Operaciones sospechosas en UAF mensualmente.	Reporte UAF mensual (transmission report UAF MENSUAL 12 MESES)	07/04/2018	NO	06/07/2018	NO	06/11/2018	NO	25/01/2019	NO	05/07/2018	NO						NA	NA	NO	15/02/2019	Durante la vigencia 2018, se mantuvo la socialización en lineamientos de riesgos incluidos los de LAFI en aspectos como inducción, LUG según programación y se mantiene el reporte de Operaciones Sospechosas en la UAF mensualmente, con registro negativo en la institución conforme a validación efectuada de información reportada por Financiera en cuanto a recibos de caja. A nivel documental se avanzó en la normalización de documentación relacionada a LAFI.	Continuar con los procesos de capacitación e inducción y de socialización en los diversos espacios con el fin que genere cultura de riesgo al interior de la entidad. Adicionalmente se realiza la validación efectiva de información reportada por Financiera en cuanto a recibos de caja. A nivel documental se avanzó en la normalización de documentación relacionada a LAFI.						
19	DEARROLLO INSTITUCIONAL	Direccionamiento estrategico	Riesgo de incumplimiento de obligaciones contractuales por falta de recursos financieros para el pago de un servicio.	Personas	CORRUPCION	1. Socializar el Plan anticorrupcion Institucional. 2. Documentar lineamientos de seguridad de informacion. 3. Evaluar el Plan anticorrupcion institucional.	% de Cumplimiento PAA	15/04/2018	NO	06/07/2018	NO	23/11/2018	NO	05/07/2018	NO	15/07/2018	NO						N.A.	Se mantiene desarrollo y monitoreo el PAAC Institucional, con seguimiento al total de actividades que aplican para el trimestre en las 6 estrategias que lo integran.	NO	15/02/2019	El cumplimiento consolidado del Plan Anticorrupcion y de Atencion al Ciudadano Institucional de 2018 fue del 98%, con tendencia a la mejora frente a resultados obtenidos en cada trimestre así: 98% a primer trimestre de 2018, 90% a segundo trimestre, 98% a tercer trimestre y 98% a cuarto trimestre. Situación que obedece al desarrollo de acciones conjuntas entre los procesos y al mejoramiento en las estrategias implementadas para mejorar el acceso y comunicación con la ciudadanía. Los resultados fueron: 99% Gestión de riesgos de corrupción, 97% socialización de cuentas, 100% Rendición de cuentas, 99% mejoramiento de cuentas, 100% Rendición de cuentas, 99% mejoramiento de cuentas, 100% Rendición de cuentas.	Continuar los controles para mantener la tendencia creciente de resultados, con Cero (0) riesgos materializados de tipología corrupción producto de los controles implementados. Mantener el seguimiento oportuno del PAAC, promoviendo la cultura de autocorriente frente a los reportes de las acciones y mejorando los controles frente a la oportunidad y calidad de información publicada en la web conforme a características requeridas.						
20	DEARROLLO INSTITUCIONAL	Gerencia del Riesgo	Riesgo de incumplimiento de obligaciones contractuales por falta de recursos financieros para el pago de un servicio.	Procesos	Lavado de activos y financieros	1. Cumplir con el reporte de informes internos y externos de SARLAF. 2. Elaborar informe de gestión de SARLAF y presentarlo a instancias correspondientes (internas).	Total Reporte ROS transmitidos en UAF: total de informes de ROS presentados y transmitidos exclusivamente en UAF: Informes ROS a presentar mensualmente	07/04/2018	NO	06/07/2018	NO	13/11/2018	NO	28/01/2019	NO	05/07/2018	NO						N.A.	NA	NO	15/02/2019	La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. cumple con el reporte o informes de SARLAF a nivel interno o externo.	El cumplimiento con el reporte o informes de SARLAF a nivel interno o externo a la entidad de verificación en procesos administrativos dirigidos para la entidad.	Continuar los controles para mantener la tendencia creciente de resultados, con Cero (0) riesgos materializados de tipología corrupción producto de los controles implementados.					
21	DEARROLLO INSTITUCIONAL	Direccionamiento estrategico	Riesgo de incumplimiento de obligaciones contractuales por falta de recursos financieros para el pago de un servicio.	Procesos	Operatividad	1. Socializar metodología para diseño del PAAC. 2. Socializar el PAAC aprobado a los colaboradores según responsabilidad asignada. 3. Evaluar el seguimiento al PAAC con reporte de resultados a los colaboradores.	Cumplimiento del Plan anticorrupcion y Atencion al Ciudadano: total de acciones programadas y cumplidas del PAAC en el periodo total de acciones programadas del PAAC en el periodo	07/04/2018	NO	06/07/2018	NO	13/11/2018	NO	25/01/2019	NO	05/07/2018	NO						N.A.	NA	NO	15/02/2019	La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. Cumple de manera adecuada con el seguimiento y evaluación de resultados al PAAC.	Continuar con los controles para mantener el cumplimiento de manera adecuada con el seguimiento y evaluación de resultados al PAAC.						
22	DEARROLLO INSTITUCIONAL	Direccionamiento estrategico	Riesgo de incumplimiento de obligaciones contractuales por falta de recursos financieros para el pago de un servicio.	Procesos	Estrategia	1. Socializar los lineamientos de direccionamiento estrategico la cual incluye informacion del Plan de Desarrollo Institucional y POAS a las partes interesadas. 2. Implementar estrategias para el cumplimiento de metas de POA institucionales que incentiven la cultura de autocorriente. 3. Evaluar y analizar el Plan de Desarrollo Institucional (PDIC) según resultados reportados por los supervisores y coordinadores efectuados.	Ejecucion del Plan de Desarrollo Institucional: total de metas de POA cumplidas en la vigencia objeto de evaluacion (total de metas aprobadas)	07/04/2018	NO	06/07/2018	NO	20/11/2018	NO	25/01/2019	NO	05/07/2018	NO						N.A.	NA	NO	15/02/2019	La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. do cumplimiento de actividades e indicadores del plan de desarrollo institucional (PDIC) aprobado en el Plan Operativo Anual.	Continuar con los controles para mantener el cumplimiento de actividades e indicadores del plan de desarrollo institucional (PDIC) aprobado en el Plan Operativo Anual.						
23	GESTION DE LA INFORMACION	Gestión documental	Riesgo de incumplimiento de obligaciones contractuales por falta de recursos financieros para el pago de un servicio.	Personas	CORRUPCION	1. Controlar el plan de trabajo de levantamiento de inventario del archivo central. 2. Mantener la infraestructura física y tecnológica para el manejo documental del archivo central de la entidad. 3. Evaluar el cumplimiento del programa y plan de trabajo de levantamiento de inventario con implementación de herramientas a lugar.	% de inventario de archivo central total documentos digitalizados en formato Único de Interoperabilidad de Información de la entidad.	05/04/2018	NO	06/07/2018	NO	22/11/2018	NO	25/01/2019	NO	15/07/2018	NO						N.A.	Se dio cumplimiento al registro del FUD con el inventario del archivo central, se mantiene en operación la base de datos de la entidad con control de acceso documental de la entidad en conformidad con el procedimiento, el cual se venia incluyendo el cronograma a 2019.	NO	15/02/2019	La entidad no ha tenido pérdida intencional, sustracción, alteración, ocultamiento o destrucción de información de los archivos de la entidad en el periodo de un año.	Continuar los controles para mantener la tendencia creciente de resultados, con Cero (0) el riesgo materializado por pérdida de elementos o archivos de la institución.						

IDENTIFICACIÓN			PLAN DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO										FASES DE SEGUIMIENTO										CONSOLIDADO ANUAL																
Nº	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGÍA	ACCIONES A IMPLEMENTAR	INDICADOR (relación Indicadores y evidencia en el proceso que se identificaron con el riesgo o conversión, en caso de no existir relación un solo indicador asociado al objetivo del proceso)	PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL RIESGO: FRECUENCIA TRIMESTRAL								SEGUNDO ORDEN/SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL								RESPONSABLE DE VERIFICAR LAS EVIDENCIAS DE CUMPLIMIENTO ORDEN/PROCESO				RESPONSABLE DE VERIFICAR LAS EVIDENCIAS DE CUMPLIMIENTO ORDEN/PROCESO											
								PRIMER TRIMESTRE				SEGUNDO TRIMESTRE				TERCER TRIMESTRE				CUARTO TRIMESTRE				EVALUACIÓN PRIMER SEMESTRE 2018				EVALUACIÓN SEGUNDO SEMESTRE 2018				UNIDAD DONDE SE PRESENTA				BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS			
								FECHA	RIESGO MATERIALIZADO (S/NO)	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	ANÁLISIS	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	ANÁLISIS	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	ANÁLISIS	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	ANÁLISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACIÓN DE RIESGOS	RECOMENDACION							
29	GESTION FINANCIERA	Gestión ingresos	Incumplimiento de metas de recaudo por causas inherentes a la institución	Externo	Financiero	1. Tramitar la normalización de los procedimientos de cartera y glosas con Calidad para publicación en la Intranet. 2. Socializar los procedimientos a los colaboradores de cartera y glosas por diferentes canales de comunicación vigentes. 3. Fortalecer estrategias para cumplir con los tiempos de respuesta a objeciones de acuerdo a normas vigentes. 4. Realizar presiones/órdenes de facturación a las empresas repositoras de pago.	% Proyección de recaudo: (recaudo actual/ recaudo proyectado) 28081730462/282009241000	04/04/2018	NO	15/07/2018	NO	22/10/2018	NO	01/02/2019	NO	NO APLICA	NO	NO APLICA	NO	01/02/2019	NO	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	El cumplimiento del saldo total de la cartera a corte a Diciembre del 2018, refleja una disminución del 7% frente al saldo registrado en diciembre del año 2017, a su vez el régimen adelantado presenta una disminución del 44% frente al saldo a diciembre del año 2017, esta disminución obedece principalmente a la disminución de la cartera de Cobranza por EPS y aumento de pago por Giro Directo como el caso de las Unidades. Contrario al régimen contributivo presenta un incremento del 9% frente al saldo reportado en diciembre del 2017, lo cual se debe al pago oportuno de Catastral EPS. Cuz Blanca EPS, Famsanar EPS. El FIDES presenta un incremento del 10% frente al saldo reportado en diciembre del 2017, un razón a que durante el periodo mayo a septiembre del 2018 no se contó con el pago oportuno de la Población Pobre No Asignada.	Se recomienda dar énfasis cumplimiento en los términos establecidos en el Manual de Ingresos. Acordado por la Junta Directiva en el mes de Noviembre de 2018. Acuerdo 056 de 2018												
30	GESTION FINANCIERA	Gestión ingresos	Incumplimiento de las metas proyectadas frente a la ejecución presupuestal	Procesos	Financiero	1. Socializar los meses vigentes para equilibrio presupuestal, a los colaboradores de la dirección financiera se intervenga en el proceso y reportar resultados adelantados. 2. Fortalecer acciones para el cobro coactivo con el apoyo de oficina coactiva con el apoyo de oficina jurídica. 3. Mejorar la calidad técnica de las nuevas presentaciones ante las autoridades.	Facilitar (prepostos/ compromisos)	15/04/2018	NO	15/07/2018	NO	22/10/2018	NO	01/02/2019	NO	18/07/2018	NO	01/02/2019	NO	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	15/02/2019	Se recomienda continuar con las estrategias de control de gasto de acuerdo a los compromisos de la Unidad de Cobranza y hacer parte de la operación conforme a los otros compromisos que afectan el pago de la vigencia como son Arriendo posterior a diciembre de 2018 (\$1.828 millones), Sentencias Judiciales (\$1.125 millones), Multas (\$8 millones), Cartera (\$8 millones) y otros (\$1.230 millones).	Se recomienda continuar con las estrategias de control de gasto de acuerdo a los compromisos de la Unidad de Cobranza y hacer parte de la operación conforme a los otros compromisos que afectan el pago de la vigencia como son Arriendo posterior a diciembre de 2018 (\$1.828 millones), Sentencias Judiciales (\$1.125 millones), Multas (\$8 millones), Cartera (\$8 millones) y otros (\$1.230 millones).													
31	GESTION FINANCIERA	Gestión ingresos	Ineficiencia de recursos financieros para el pago de las obligaciones	Procesos	Financiero	1. Tramitar la normalización de los procedimientos de cartera y glosas con Calidad para publicación en la Intranet. 2. Socializar los procedimientos a los colaboradores de cartera y glosas por diferentes canales de comunicación vigentes. 3. Fortalecer estrategias para cumplir con los tiempos de respuesta a objeciones de acuerdo a normas vigentes. 4. Realizar presiones/órdenes de facturación a las empresas repositoras de pago.	Liquidar (activo corriente - pasivo/corriente) (neto +1) (ANUAL)	04/04/2018	NO	15/07/2018	SI	22/10/2018	NO	01/02/2019	NO	23/07/2018	NO	01/02/2019	NO	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	15/02/2019	Desde la Dirección Financiera durante el segundo semestre de 2018 se trabajó en la normalización de los procedimientos de cartera y glosas con Calidad para publicación y socialización de estos con los colaboradores de cartera y glosas por diferentes canales de comunicación con los que cuenta la entidad. Así mismo se trabajó en el fortalecimiento de las estrategias para cumplir con los tiempos de respuesta de las objeciones de acuerdo a normas vigentes.	Desde la Dirección Financiera durante el segundo semestre de 2018 se trabajó en la normalización de los procedimientos de cartera y glosas con Calidad para publicación y socialización de estos con los colaboradores de cartera y glosas por diferentes canales de comunicación con los que cuenta la entidad. Así mismo se trabajó en el fortalecimiento de las estrategias para cumplir con los tiempos de respuesta de las objeciones de acuerdo a normas vigentes.													
32	GESTION FINANCIERA	Gestión ingresos	Pérdida o desvío de los recursos financieros en beneficio propio de un tercero.	Personas	CORRUPTO	1. Gestionar el trámite de Normalización de los procedimientos de Finanzas con Calidad. 2. Socializar los procedimientos de Finanzas a los colaboradores que intervengan en el proceso y reportar resultados adelantados. 3. Mantener el desarrollo de control financiero como herramienta de control para evaluar resultados adelantados y situaciones de riesgo asociadas al desarrollo normal del proceso a fin de intervenir.	Referencias judiciales en contra de la entidad asociadas a desviación de recursos financieros (0 anual)	15/04/2018	NO	06/07/2018	NO	22/10/2018	NO	01/02/2019	NO	15/07/2018	NO	29/01/2019	NO	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	15/02/2019	Desde la Dirección Financiera se trabaja en la normalización de los procedimientos y generando controles con el fin de evitar la pérdida o desvío de los recursos financieros en beneficio propio de un tercero. Para esto se trabajó en socializar los procedimientos de Finanzas a los colaboradores que intervengan en el proceso y reportar resultados adelantados. Así mismo se trabajó en el fortalecimiento de las estrategias para cumplir con los tiempos de respuesta de las objeciones de acuerdo a normas vigentes.	Desde la Dirección Financiera se trabaja en la normalización de los procedimientos y generando controles con el fin de evitar la pérdida o desvío de los recursos financieros en beneficio propio de un tercero. Para esto se trabajó en socializar los procedimientos de Finanzas a los colaboradores que intervengan en el proceso y reportar resultados adelantados. Así mismo se trabajó en el fortalecimiento de las estrategias para cumplir con los tiempos de respuesta de las objeciones de acuerdo a normas vigentes.													
33	GESTION FINANCIERA	Gestión gastos	Pérdida o desvío de los recursos financieros en beneficio propio de un tercero. No materializado	Personas	Corrupto	1. Capacitar a los colaboradores en el tratamiento de transacciones y control interno disciplinados, fomentando colaboración con los colaboradores de tiempo de recursos financieros. 2. Normalizar e implementar procedimientos financieros con inclusión de partes de control que permitan resque de posibles situaciones de corrupción. 3. Evaluar el cumplimiento del Plan Anticorrupción, implementando acciones a su lugar según resultados.	% de Cumplimiento PAA	04/04/2018	NO	06/07/2018	NO	22/10/2018	NO	01/02/2019	NO	23/07/2018	NO	01/02/2019	NO	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	15/02/2019	El cumplimiento consolidado del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano reportado en 2018 fue del 98%, con tendencia a la mejora frente a resultados obtenidos en cada trimestre así: 98% a primer trimestre de 2018, 90% a segundo trimestre, 98% a tercer trimestre y 98% cuarto trimestre. Situación que evidenció el desarrollo de acciones coherentes entre el proceso y el mejoramiento en las estrategias implementadas para mejorar el acceso y comunicación con el ciudadano. Los resultados consolidados del PAAC 2018 por cada componente fueron: 98% Gestión de riesgos de corrupción, 97% racionalización de recursos, 100% Reducción de cuentas, 99% mejoramiento de procesos, 100% Atención al Ciudadano, 98% Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información y 100% Iniciativas adicionales. Compromiso y avance de cada responsable frente al cumplimiento de las acciones programadas en el tiempo programado, favoreciendo el mejoramiento de acciones coordinadas y dirigidas al fortalecimiento de la entidad centrada en el usuario y el mejoramiento continuo.	Desde la Oficina Jurídica se trabaja en la normalización de la matriz de control de hechos en la intranet, con lo cual se verifica la funcionalidad de los recursos administrados para notificaciones de hechos, así mismo se da cumplimiento con la aplicación del procedimiento "hechos de tutela" y se realiza monitoreo a los términos de oportunidad de respuesta a hechos de acuerdo a orden judicial, mediante la actualización de matriz de hechos.													
34	GESTION JURIDICA	Defensa Judicial	Incumplimiento de los términos procesales	Personas	Legal	1. Gestionar el trámite de Normalización de los procedimientos de Finanzas con Calidad. 2. Socializar los procedimientos de Finanzas a los colaboradores que intervengan en el proceso y reportar resultados adelantados. 3. Mantener el desarrollo de control financiero como herramienta de control para evaluar resultados adelantados y situaciones de riesgo asociadas al desarrollo normal del proceso a fin de intervenir.	Cumplimiento oportuno de términos procesales	15/04/2018	NO	15/07/2018	NO	22/10/2018	NO	31/01/2019	NO	15/07/2018	NO	31/01/2019	NO	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	08/02/2019	Desde la Oficina Jurídica se trabaja en la normalización de la matriz de control de hechos en la intranet, con lo cual se verifica la funcionalidad de los recursos administrados para notificaciones de hechos, así mismo se da cumplimiento con la aplicación del procedimiento "hechos de tutela" y se realiza monitoreo a los términos de oportunidad de respuesta a hechos de acuerdo a orden judicial, mediante la actualización de matriz de hechos.	Desde la Oficina Jurídica se trabaja en la normalización de la matriz de control de hechos en la intranet, con lo cual se verifica la funcionalidad de los recursos administrados para notificaciones de hechos, así mismo se da cumplimiento con la aplicación del procedimiento "hechos de tutela" y se realiza monitoreo a los términos de oportunidad de respuesta a hechos de acuerdo a orden judicial, mediante la actualización de matriz de hechos.													
35	GESTION JURIDICA	Defensa Judicial	Resolución de la instancia frente a las obligaciones de cobro coactivo	Externo	Financiero	1. Realizar el trámite de cobro coactivo con los objetivos priorizados remitidos por parte de nueva gestión pública. 2. Normalizar e implementar procedimientos financieros con inclusión de partes de control que permitan resque de posibles situaciones de corrupción. 3. Evaluar el cumplimiento del Plan Anticorrupción, implementando acciones a su lugar según resultados.	Cumplimiento oportuno de términos procesales	15/04/2018	NO	15/07/2018	NO	22/10/2018	NO	31/01/2019	NO	15/07/2018	NO	31/01/2019	NO	M.A.	N.A.	N.A.	N.A.	08/02/2019	Desde la Oficina Jurídica se trabaja en la normalización de la matriz de control de hechos en la intranet, con lo cual se verifica la funcionalidad de los recursos administrados para notificaciones de hechos, así mismo se da cumplimiento con la aplicación del procedimiento "hechos de tutela" y se realiza monitoreo a los términos de oportunidad de respuesta a hechos de acuerdo a orden judicial, mediante la actualización de matriz de hechos.	Desde la Oficina Jurídica se trabaja en la normalización de la matriz de control de hechos en la intranet, con lo cual se verifica la funcionalidad de los recursos administrados para notificaciones de hechos, así mismo se da cumplimiento con la aplicación del procedimiento "hechos de tutela" y se realiza monitoreo a los términos de oportunidad de respuesta a hechos de acuerdo a orden judicial, mediante la actualización de matriz de hechos.													
36	GESTION JURIDICA	Asesoría Jurídica	Incumplimiento de los términos de respuesta de hechos asignado por despacho judicial	Procesos	Legal	1. Gestionar el trámite de Normalización de los procedimientos de Finanzas con Calidad. 2. Socializar los procedimientos de Finanzas a los colaboradores que intervengan en el proceso y reportar resultados adelantados. 3. Mantener el desarrollo de control financiero como herramienta de control para evaluar resultados adelantados y situaciones de riesgo asociadas al desarrollo normal del proceso a fin de intervenir.	Oportunidad en Términos de respuesta para notificaciones de hechos, así mismo se da cumplimiento con la aplicación del procedimiento "hechos de tutela" y se realiza monitoreo a los términos de oportunidad de respuesta a hechos de acuerdo a orden judicial, mediante la actualización de matriz de hechos.	15/04/2018	NO	15/07/2018	NO	22/10/2018	NO	31/01/2019	NO	15/07/2018	NO	31/01/2019	NO	M.A.	N.A.	N.A.	N.A.	08/02/2019	Desde la Oficina Jurídica se trabaja en la normalización de la matriz de control de hechos en la intranet, con lo cual se verifica la funcionalidad de los recursos administrados para notificaciones de hechos, así mismo se da cumplimiento con la aplicación del procedimiento "hechos de tutela" y se realiza monitoreo a los términos de oportunidad de respuesta a hechos de acuerdo a orden judicial, mediante la actualización de matriz de hechos.	Desde la Oficina Jurídica se trabaja en la normalización de la matriz de control de hechos en la intranet, con lo cual se verifica la funcionalidad de los recursos administrados para notificaciones de hechos, así mismo se da cumplimiento con la aplicación del procedimiento "hechos de tutela" y se realiza monitoreo a los términos de oportunidad de respuesta a hechos de acuerdo a orden judicial, mediante la actualización de matriz de hechos.													
37	GESTION JURIDICA	Defensa Judicial	Configuración de demandas por daños ambientales	Procesos	Operativo	1. Socializar la Política de prevención de daños ambientales con entidades administrativas y privadas. 2. Mantener actualizada la base de datos del SPRD.	Configuración demandas por contornos resque "notificadas en vigencia"	15/04/2018	SI	15/07/2018	SI	22/10/2018	SI	31/01/2019	SI	15/07/2018	SI	31/01/2019	SI	M.A.	N.A.	N.A.	N.A.	08/02/2019	Desde la Oficina Jurídica se trabaja en la normalización de la matriz de control de hechos en la intranet, con lo cual se verifica la funcionalidad de los recursos administrados para notificaciones de hechos, así mismo se da cumplimiento con la aplicación del procedimiento "hechos de tutela" y se realiza monitoreo a los términos de oportunidad de respuesta a hechos de acuerdo a orden judicial, mediante la actualización de matriz de hechos.	Desde la Oficina Jurídica se trabaja en la normalización de la matriz de control de hechos en la intranet, con lo cual se verifica la funcionalidad de los recursos administrados para notificaciones de hechos, así mismo se da cumplimiento con la aplicación del procedimiento "hechos de tutela" y se realiza monitoreo a los términos de oportunidad de respuesta a hechos de acuerdo a orden judicial, mediante la actualización de matriz de hechos.													
38	MEJORAMIENTO NECESIDADES Y EXPECTATIVAS	Gestión clínica excelente según el usuario	Falta en el proceso de atención de usuarios	Procesos	Seguimiento al usuario	1. Actualizar los procedimientos asociados al Programa de seguridad del usuario, avanzando en cobertura de socialización (seguridad del usuario). 2. Definir la metodología de revisión de Guías de práctica clínica (gestión del conocimiento). 3. Socializar las GPC de acuerdo a perfil de necesidades en cada UES (direcciones de servicio). 4. Establecer e implementar la operación de rondas de seguridad del usuario (seguridad del usuario). 5. Implementar el monitoreo de satisfacción del usuario priorizando criticidad de los eventos (seguridad del usuario). 6. Realizar seguimiento las acciones de mejoramiento de seguridad del usuario (seguridad del usuario). 7. Monitorear el nivel de conocimiento y apropiación del equipo de salud de mejoramiento en seguridad del paciente (seguridad del usuario). 8. Reiniciar los conocimientos de seguridad del usuario (seguridad del usuario).	Proporción de eventos adversos (Número Total de Eventos Adversos Reportados en el Periodo) / Número Total de Eventos Adversos Presentados en el Periodo	04/04/2018	SI	06/07/2018	SI	22/10/2018	SI	31/01/2019	SI	15/07/2018	SI	11/02/2019	SI	31/01/2019	SI	UES MERSEN UES EL TUNAL UES EL CARMEN UES MEDICNA INTERNA UES VISTA HERMOZA CAPS (SABAL, PERDOMO, CAPS ABRAHAM LINCOLN	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	15/02/2019	Se continúa con el proceso de socialización y son remitidos los eventos a responsables para avanzar de la socialización de las GPC de acuerdo a perfil de necesidades en cada UES (direcciones de servicio). Se continúa con la operación de rondas de seguridad del usuario (seguridad del usuario) y se realiza el monitoreo de satisfacción del usuario priorizando criticidad de los eventos (seguridad del usuario). Se continúa con el seguimiento las acciones de mejoramiento de seguridad del usuario (seguridad del usuario) y se monitorea el nivel de conocimiento y apropiación del equipo de salud de mejoramiento en seguridad del paciente (seguridad del usuario). Se continúa con el reiniciar los conocimientos de seguridad del usuario (seguridad del usuario).	Se continúa con el proceso de socialización y son remitidos los eventos a responsables para avanzar de la socialización de las GPC de acuerdo a perfil de necesidades en cada UES (direcciones de servicio). Se continúa con la operación de rondas de seguridad del usuario (seguridad del usuario) y se realiza el monitoreo de satisfacción del usuario priorizando criticidad de los eventos (seguridad del usuario). Se continúa con el seguimiento las acciones de mejoramiento de seguridad del usuario (seguridad del usuario) y se monitorea el nivel de conocimiento y apropiación del equipo de salud de mejoramiento en seguridad del paciente (seguridad del usuario). Se continúa con el reiniciar los conocimientos de seguridad del usuario (seguridad del usuario).										
39	MEJORAMIENTO NECESIDADES Y EXPECTATIVAS	Uso de recursos humanos	Complicaciones de atención durante el proceso de atención	Procesos	Clinico	1. Socializar la Política de prevención de daños ambientales con entidades administrativas y privadas. 2. Mantener actualizada la base de datos del SPRD.	Complicaciones de atención durante el proceso de atención	04/04/2018	NO	13/07/2018	NO	22/10/2018	NO	31/01/2019	NO	15/07/2018	NO	08/02/2019	NO	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	15/02/2019	Se continúa con el proceso de socialización y son remitidos los eventos a responsables para avanzar de la socialización de las GPC de acuerdo a perfil de necesidades en cada UES (direcciones de servicio). Se continúa con la operación de rondas de seguridad del usuario (seguridad del usuario) y se realiza el monitoreo de satisfacción del usuario priorizando criticidad de los eventos (seguridad del usuario). Se continúa con el seguimiento las acciones de mejoramiento de seguridad del usuario (seguridad del usuario) y se monitorea el nivel de conocimiento y apropiación del equipo de salud de mejoramiento en seguridad del paciente (seguridad del usuario). Se continúa con el reiniciar los conocimientos de seguridad del usuario (seguridad del usuario).	Se continúa con el proceso de socialización y son remitidos los eventos a responsables para avanzar de la socialización de las GPC de acuerdo a perfil de necesidades en cada UES (direcciones de servicio). Se continúa con la operación de rondas de seguridad del usuario (seguridad del usuario) y se realiza el monitoreo de satisfacción del usuario priorizando criticidad de los eventos (seguridad del usuario). Se continúa con el seguimiento las acciones de mejoramiento de seguridad del usuario (seguridad del usuario) y se monitorea el nivel de conocimiento y apropiación del equipo de salud de mejoramiento en seguridad del paciente (seguridad del usuario). Se continúa con el reiniciar los conocimientos de seguridad del usuario (seguridad del usuario).													

IDENTIFICACION		PLAN DE ADMINISTRACION DEL RIESGO										FASES DE SEGUIMIENTO										CONSOLIDADO ANUAL												
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	ACCIONES A IMPLEMENTAR	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir realice un solo indicador asociado al objetivo del proceso)	PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL. A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO. FRECUENCIA TRIMESTRAL				SEGUNDO ORDEN/SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO. FRECUENCIA SEMESTRAL				EVALUACION PRIMER SEMESTRE 2018				EVALUACION SEGUNDO SEMESTRE 2018				UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS DE GESTION DEL RIESGO	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS	RECOMENDACION				
								Responsible de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencia de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicacion y eficacia de las acciones dentro de su proceso.										Responsible de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el Autocontrol, realizar la evaluacion del desempeño de la gestion, y reportar a la Alta Direccion los resultados consolidados.																
								PRIMER TRIMESTRE		SEGUNDO TRIMESTRE		TERCER TRIMESTRE		CUARTO TRIMESTRE		EVALUACION PRIMER SEMESTRE 2018		EVALUACION SEGUNDO SEMESTRE 2018		EVALUACION PRIMER SEMESTRE 2018		EVALUACION SEGUNDO SEMESTRE 2018												
FECHA	RIESGO MATERIALIZADO (SI/NO)	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS													
54	MANEJO DE NECESIDADES ESPECIALES E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD, PLANEACION EN SALUD, CUIDADO EN SALUD, EDUCACION EN SALUD, EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión integral del riesgo en salud (prevención individual y colectiva)	Inadecuada implementación del Modelo integral de atención en salud (prevención individual y colectiva)	Procesos	Legal	1. Controlar el documento de entrega del Modelo de atención en salud aplicado al contexto institucional. 2. Socializar el Modelo de Atención Integral en el marco de información y participación en salud. 3. Monitorear los avances del Modelo de atención a nivel interno.	Cumplimiento Hoja de ruta de implementación del Modelo (Instrumento de BDI)	05/04/2018	NO	15/07/2018	NO	22/11/2018	NO	31/01/2019	NO	23/07/2018	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol, los reportes reposan en Gestión de la información a nivel de hoja de ruta, y de la socialización en Comité Directivo de Gerencia.	08/02/2019	NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soporte que reposan en Sistema de Información Riesgos NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados.	N.A.	N.A.	NO	La Subred integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. fundamentada en las bases del Plan de Desarrollo, la Subred aporta directamente en las metas trazadas para el sector salud a través de las líneas de acción que se desarrollan mediante los planes, programas y proyectos dirigidos a los siguientes ejes: 1. Prevención y atención a la maternidad y neonatal temprana. 2. Desarrollo integral de la gestación hasta la adolescencia. 3. Igualdad y autonomía para una Bogotá incluyente. 4. Atención integral y eficiente en salud. 5. Modernización de la infraestructura física y tecnológica en salud. 6. Seguridad y convivencia para todos. 7. Fortalecimiento del Sistema de protección integral a mujeres víctimas de la violencia.	15/02/2019	Dentro del Modelo de Atención Integral en Red se implementaron los CAPS como respuesta a la problemática de congestión y sobre demanda que tienen las unidades de 2º y 3er nivel de atención de atención primaria en la zona y se precisó realizar como eventos dinámicos, que se efectúan en un momento y espacio en el que velan por el bienestar socioeconómico, económico y físico en el nivel de nuestros usuarios. Por todo lo anterior y con el fin de ofrecer un servicio oportuno, eficiente y de calidad, acorde a las necesidades cambiantes de la población (usuarios, sus familias y la comunidad, que mejora sus condiciones de salud y precisan una mayor satisfacción, ha referenciado a la población a sus ocho (8) Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), los cuales se encuentran distribuidos estratégicamente en las 4 localidades de la Subred.	Se recomienda continuar en el proceso de fortalecimiento del Modelo Integral de Atención en Salud para de esta manera fortalecer los niveles de atención. Se recomienda continuar en el proceso de fortalecimiento de los CAPS como respuesta a la problemática de congestión y sobre demanda que tienen las unidades de 2º y 3er nivel de atención de atención primaria en la zona y se precisó realizar como eventos dinámicos, que se efectúan en un momento y espacio en el que velan por el bienestar socioeconómico, económico y físico en el nivel de nuestros usuarios. Por todo lo anterior y con el fin de ofrecer un servicio oportuno, eficiente y de calidad, acorde a las necesidades cambiantes de la población (usuarios, sus familias y la comunidad, que mejora sus condiciones de salud y precisan una mayor satisfacción, ha referenciado a la población a sus ocho (8) Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), los cuales se encuentran distribuidos estratégicamente en las 4 localidades de la Subred.						
55	GESTION DEL CONOCIMIENTO	Transformación del crecimiento organizacional	Afectación de la prestación del servicio y/o del proceso formativo del personal que ocasiona la disminución de la calidad de atención y/o la satisfacción de los usuarios.	Externo	Estratégico	Realizar los análisis de capacidad instalada en la Subred socializar con los diferentes líderes y referentes, para tener los diagnósticos. Realizar el análisis de Capacidad Instalada semestralmente o ante los cambios en la Organización de la Subred. Trabaja con los planes de práctica formativa establecidas entre los IES, instituciones de desarrollo humano. Realizar comités de atención servicio para realizar seguimiento y evaluación de la relación atención servicio y socializar los procedimientos de supervisión de personal en formación.	No de eventos adversos con ocasión a los proyectos formativos.	30/04/2018	NO	31/07/2018	SI	22/11/2018	NO	28/01/2019	NO	23/07/2018	SI	En el primer semestre de 2018 se presentó un evento adverso asociado a la práctica en el servicio de ginecología, por caída de un recién nacido se realizó el análisis del evento adverso en donde se establecieron los planes de mejoramiento de parte del equipo de enfermería de la institución y especialistas del área.	28/01/2019	NO	En el primer semestre de 2018 se presentó un evento adverso asociado a la práctica en el servicio de ginecología, por caída de un recién nacido se realizó el análisis del evento adverso en donde se establecieron los planes de mejoramiento de parte del equipo de enfermería de la institución y especialistas del área.	Subred SUR, URSE EL TUNJA	se realizó el análisis del evento adverso en donde se establecieron los planes de mejoramiento de parte del equipo de enfermería de la institución y especialistas del área.	N.A.	N.A.	SI	Desde la oficina de gestión del conocimiento se realizó el análisis de capacidad instalada con los líderes y referentes para definir la demanda y oferta de cursos para la vigencia 2019, así mismo en reuniones conjuntas con la SDES se adelantó la construcción del aplicativo para análisis de la capacidad instalada en tiempo real de las cuatro localidades. Se cuentan con los planes de prácticas formativas en la institución y se han establecido los comités de atención servicio de manera trimestral con los diferentes institutos de educación superior e instituciones para el trabajo y desarrollo humano.	18/02/2019	La subred integrada ha venido trabajando en garantizar y no afectar la dimensión del servicio de salud con el desarrollo del proceso formativo del personal que reposa con ocasión de convenios de atención servicio a la institución.	Se recomienda mantener actualizada la capacidad instalada de la oferta actual tanto de capacidad instalada teniendo en cuenta la dimensión de unidades como de servicios ofertados por el proceso de mejoramiento que adelanta la entidad en materia de la prestación del servicio de atención para Bogotá.				
56	GESTION DEL CONOCIMIENTO	Investigación	Que no se genere proyectos de investigación que aporten al modelo de gestión de la institución.	Externo	Operativo	1. Realizar el acompañamiento y asistencia técnica individualizada a los proyectos de investigación desde su formación. 2. Formular líneas de investigación a nivel institucional. 3. Desarrollar la primera fase de un modelo de gestión de conocimiento en investigación en la institución. 4. Se desarrolla el comité de ética e investigación.	No de proyectos de investigación por línea de investigación. Número de proyectos aprobados: número proyectado: postulados (línea de base al finalizar vigencia)	30/04/2018	NO	30/08/2018	NO	22/11/2018	NO	28/01/2019	NO	23/07/2018	NO	Se confirma información reportada por autocontrol. Los sopos reposan en custodia de equipo de investigaciones.	28/01/2019	NO	Se confirma información reportada por autocontrol. Los sopos reposan en custodia de equipo de investigaciones.	N.A.	N.A.	NO	Desde la oficina de gestión del conocimiento se han venido generando los sopos a los diferentes proyectos de investigación presentados mismo se desarrollan proyectos al interior de los diferentes áreas de investigación. En la actualidad se viene adelantando la ejecución de los diferentes proyectos de investigación a través de la línea de investigación con el apoyo de comunicaciones se está desarrollando la construcción de la línea de investigación de la Oficina de Gestión del Conocimiento.	18/02/2019	La oficina de gestión del conocimiento desarrolla actividades con el fin de atender la entidad se genera proyectos de investigación que aportan al modelo de servicios de institución.	Se recomienda fortalecer la generación de proyectos que aporten al mejoramiento continuo de la institución.						
57	MANEJO DE NECESIDADES ESPECIALES E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD, PLANEACION EN SALUD, CUIDADO EN SALUD, EDUCACION EN SALUD, EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión integral del riesgo en salud (prevención individual y colectiva)	Respuesta inadecuada a las necesidades y/o riesgos en salud identificadas en la población por parte de la institución en el marco de visitas domiciliarias, entre de 5 años y adultos con VIH y diabetes)	Procesos	Población	1. Normalizar y socializar documentos de referencia y control para realizar la identificación de necesidades o riesgos en la población. 2. Realizar asistencia técnica en OPC con énfasis en detección de riesgo según el diagnóstico de riesgo. 3. Realizar actividades de asesoría y monitoreo de adherencia a los tratamientos para identificados o riesgo de población de la subred por las dependencias correspondientes (PVD y PIC), implementando estrategias para fortalecer la corresponsabilidad de la población involucrada tanto el cuidado de su salud.	Adherencia a las IRAS gestantes, lactancia y control.	05/04/2018	NO	03/07/2018	NO	24/11/2018	NO	31/01/2019	NO	23/07/2018	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol, los reportes de adherencia de resultados de adherencia están en custodia de la Referencia de PVD	08/02/2019	NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soporte que reposan en Sistema de Información Riesgos NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados.	N.A.	N.A.	NO	Desde consultas preconcepcionales hasta citas con especialistas, que permitan definir los riesgos en salud de las mujeres gestantes, hacen parte de la atención integral que la Administración del Alcalde Enrique Peñalosa brinda a nuestras mujeres embarazadas en Bogotá, en el marco de la campaña "Embarazadas, todos por la vida". En todos los Unidades de Servicios de Salud de la Subred Sur, se realizan acciones de promoción, detección temprana, protección específica y atención oportuna a esta población. Todo se inicia con la identificación temprana de las gestantes, orientadas para que asistan desde las primeras semanas a todos los controles prenatales, se realicen los exámenes prenatales y, finalmente, la atención del parto y los cuidados a los recién nacidos. Tanto en El Tunja como en Meliana y El Carmen tenemos especialistas calificados y con alta experiencia en la atención a las gestantes, además, de equipos de última tecnología para el cuidado de la mamá y su bebé. En las demás unidades de salud, donde también contamos con personal especializado, las gestantes son atendidas de manera oportuna y se les recardan los síntomas y señales de alerta para que fortalezcan el autocuidado?	15/02/2019	Desde consultas preconcepcionales hasta citas con especialistas, que permitan definir los riesgos en salud de las mujeres gestantes, hacen parte de la atención integral que la Administración del Alcalde Enrique Peñalosa brinda a nuestras mujeres embarazadas en Bogotá, en el marco de la campaña "Embarazadas, todos por la vida". En todos los Unidades de Servicios de Salud de la Subred Sur, se realizan acciones de promoción, detección temprana, protección específica y atención oportuna a esta población. Todo se inicia con la identificación temprana de las gestantes, orientadas para que asistan desde las primeras semanas a todos los controles prenatales, se realicen los exámenes prenatales y, finalmente, la atención del parto y los cuidados a los recién nacidos. Tanto en El Tunja como en Meliana y El Carmen tenemos especialistas calificados y con alta experiencia en la atención a las gestantes, además, de equipos de última tecnología para el cuidado de la mamá y su bebé. En las demás unidades de salud, donde también contamos con personal especializado, las gestantes son atendidas de manera oportuna y se les recardan los síntomas y señales de alerta para que fortalezcan el autocuidado?	Se recomienda dar continuidad y fortalecer la atención integral en salud, humanizada y con calidad, en los recién nacidos y privadas. Realizar acciones de promoción, detección temprana, protección específica y atención oportuna a esta población y fomentar el autocuidado y la adherencia a los controles prenatales. Reforzar la identificación de factores de riesgo, monitoreo y seguimiento integrados a las mujeres gestantes y niños menores de un año, con antecedentes o enfermedades crónicas y fortalecer los competencias del talento humano en la atención integral. Fomentar la búsqueda de evidencia de mujeres gestantes y niños menores de un año con infecciones respiratorias e diarréicas. Supervisar a las EPS, clínicas, hospitales e IPS priorizados mediante visitas de control con seguimiento permanente de la situación materno-perinatal, los eventos perinatales y los resultados de las visitas realizadas. Priorizar a las EPS, clínicas, hospitales e IPS públicas y privadas para asegurar la asistencia técnica y el mejoramiento de calidad en la atención materno-perinatal e infantil.						
58	MANEJO DE NECESIDADES ESPECIALES E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD, PLANEACION EN SALUD, CUIDADO EN SALUD, EDUCACION EN SALUD, EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión integral del riesgo en salud (prevención individual y colectiva)	Incumplimiento en metas y/o coberturas establecidas en los programas de PYD y PIC	Procesos	Financiero	1. Implementar un mecanismo para mejorar la prestación del servicio de salud. 2. Capacitar en Plan de Beneficios a los colaboradores de primer contacto. 3. Implementar estrategias que incrementen la demanda inducida a los programas de PYD. 4. Monitorear el cumplimiento de las metas y coberturas de los programas de PYD y PIC.	Cumplimiento de metas y/o coberturas de contratos de convenio de PIC y PYD de la subred (SEMESTRAL)	05/04/2018	NO	03/07/2018	NO	23/11/2018	NO	31/01/2019	NO	23/07/2018	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol, los reportes de cumplimiento de metas y/o coberturas de los contratos celebrados con EPS y Entes Temporales reposan en Coordinación PIC	08/02/2019	NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soporte que reposan en Sistema de Información Riesgos NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados.	N.A.	N.A.	NO	Dentro de las acciones se logró articular los procesos y procedimientos del PIC para garantizar la adecuada ejecución y funcionamiento, manteniendo la ejecución de las metas comprometidas, alcanzando el 98% de ejecución. Se logró con el apoyo de la jefatura de desarrollo institucional la gestión adecuada de los recursos humanos, talento humano, e insumos para la operación.	15/02/2019	Dentro de las acciones se logró articular los procesos y procedimientos del PIC para garantizar la adecuada ejecución y funcionamiento, manteniendo la ejecución de las metas comprometidas, alcanzando el 98% de ejecución. Se logró con el apoyo de la jefatura de desarrollo institucional la gestión adecuada de los recursos humanos, talento humano, e insumos para la operación.	Se da continuidad a las acciones que se encuentran atribuidas a los recursos humanos, talento humano, e insumos para la operación.						
59	MEJORAMIENTO DEL SERVICIO AL USUARIO	Gestión clínica	Complicaciones de pacientes por demora en la atención o traslado a otra UES de referencia.	Procesos	Seguridad del usuario	1. Actualizar el procedimiento de referencia y contrarreferencia. 2. Socializar el procedimiento anterior con énfasis en el trámite administrativo para la adecuada referencia de pacientes presentados en la localidad de competencia y contrarreferencia. 3. Evaluar la disponibilidad de ambulancia medicada a una UES de mayor complejidad, implementando acciones de mejoramiento a lugar.	Complicaciones de pacientes por demora en el traslado a otra UES total de complicaciones de pacientes presentados en la localidad de competencia y contrarreferencia. 3. Evaluar la disponibilidad de ambulancia medicada a una UES de mayor complejidad, implementando acciones de mejoramiento a lugar.	04/04/2018	NO	24/07/2018	NO	25/11/2018	NO	31/01/2019	NO	15/07/2018	NO	Se confirma la información reportada por autocontrol. Los sopos reposan en custodia de Referencia y Contrarreferencia. RIESGO NO MATERIALIZADO	11/02/2019	NO	Se confirma la información reportada por el autocontrol y los sopos reposan en la Dirección de Logística. RIESGO NO MATERIALIZADO, producto de la efectividad de los controles.	N.A.	N.A.	NO	Se actualizó el procedimiento de Referencia y Contrarreferencia, con apoyo en talleres para consulta de los colaboradores, se tiene previsto ampliar coberturas de socialización por otros medios. Se mantendrá la disponibilidad de ambulancias en zona rural.	15/02/2019	Se actualizó el procedimiento de Referencia y Contrarreferencia, con apoyo en talleres para consulta de los colaboradores, se tiene previsto ampliar coberturas de socialización por otros medios. Se mantendrá la disponibilidad de ambulancias en zona rural.	Se recomienda continuar con el proceso de socialización del procedimiento de Referencia y Contrarreferencia.						
60	MANEJO DE NECESIDADES ESPECIALES E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD, PLANEACION EN SALUD, CUIDADO EN SALUD, EDUCACION EN SALUD, EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión de cuidado Hospitalario	Retención de pacientes en salas de cirugía al equipo quirúrgico asistencial de Hospitalario (Profesional transaccional cirugía)	Procesos	Clínico	1. Socializar el procedimiento de atención al paciente en salas de cirugía al equipo quirúrgico asistencial de Hospitalario (Profesional transaccional cirugía) 2. Aplicar evaluación de conocimiento del procedimiento en el personal de Hospitalario (HOSPITALARIO) 3. Evaluar adherencia del procedimiento en las unidades quirúrgicas Tunja, Meliana y El Carmen, implementando correctivos a lugar según resultados	Eventos adversos reportados asociados a esta condición clínica en Hospitalización	05/04/2018	NO	04/07/2018	NO	12/11/2018	NO	31/01/2019	NO	15/07/2018	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol. El consolidado de eventos adversos reposa en Oficina de Calidad, y demás sopos en Dirección de Hospitalización según programación establecida. Riesgo no materializado secundario a correctivos implementados	18/01/2019	NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soporte que reposan en Sistema de Información Riesgos NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados.	N.A.	N.A.	NO	Desde la Dirección de Hospitalización se realizan indicaciones específicas para los colaboradores que ingresan al servicio de Hospitalización según el perfil, por parte del par correspondiente y continúa la aplicación de la lista de chequeo de cirugía al equipo de salud de quirúrgicos, implementando correctivos a lugar.	15/02/2019	Desde la Dirección de Hospitalización se realizan indicaciones específicas para los colaboradores que ingresan al servicio de Hospitalización según el perfil, por parte del par correspondiente y continúa la aplicación de la lista de chequeo de cirugía al equipo de salud de quirúrgicos, implementando correctivos a lugar.	Se recomienda dar continuidad a las capacitaciones para la atención de los colaboradores que ingresan al servicio de Hospitalización y continúa la aplicación de la lista de chequeo de cirugía al equipo de salud de quirúrgicos, implementando correctivos a lugar.						

IDENTIFICACION					PLAN DE ADMINISTRACION DEL RIESGO																FASES DE SEGUIMIENTO				CONSOLIDADO ANUAL														
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	ACCIONES A IMPLEMENTAR	INDICADOR (relacione indicadores y evidencias de el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir relacione un solo indicador asociado al objetivo del proceso)	PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL								SEGUNDO ORDEN/SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL								CONSOLIDADO ANUAL															
								PRIMER TRIMESTRE				SEGUNDO TRIMESTRE				TERCER TRIMESTRE				CUARTO TRIMESTRE				EVALUACION PRIMER SEMESTRE 2018				EVALUACION SEGUNDO SEMESTRE 2018				UNIDAD DONDE SE PRESENTO		BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS		RIESGO MATERIALIZADO		ANALISIS DE GESTION DEL RIESGO	
								FECHA	RIESGO MATERIALIZADO (SI/NO)	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS	RECOMENDACION							
61	DIAGNOSTICO DE NECESIDAD ES Y EXPECTATIVAS IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD, EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión del cuidado integral en Hospital	CIRUGIA EN SITIO (PORTAL/LAPRO)	Personas	Clinicos	1. Diseñar los lineamientos de inducción general y específica, con descripción de genitales específicos para equipo asistencial del servicio quirúrgico, mencionado en la normalización y socialización (Taller humano - Referente de cirugía-entferment e instrumentación) 2. Realizar inducción en puesto de trabajo a colaboradores nuevos del servicio quirúrgico, según lineamientos aprobados (referente de cirugía-entferment e instrumentación) 3. Socializar procedimiento de Atención al paciente en salas de cirugía al equipo quirúrgico asistencial de hospitalario (Profesional transversal cirugía) 4. evaluar la adecuada aplicación de la lista de chequeo de cirugía al equipo de salud del servicio implementando correctivos a lugar	No de Eventos adversos reportados asociados a esta condición clínica	05/04/2018	NO	04/07/2018	NO	12/11/2018	NO	31/01/2019	NO	23/07/2018	NO	Se confirma información reportada por autocontrol, los reportes reposan en la Dirección de Hospitalario. Riesgo no materializado producto de controles implementados	18/01/2019	NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soporte que reposan en Sistema de Información Riesgo NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	15/02/2019	Estado de verificación quirúrgica constituye una herramienta de Seguridad del Paciente concebida, validada, efectiva y eficiente, con cuya implementación se puede mejorar la seguridad del acto quirúrgico tanto para los pacientes como para los profesionales.	Se recomienda dar continuidad a las capacitaciones para mantener en óptima las eventos adversos reportados asociados a esta condición clínica en Hospitalización.											
62	DIAGNOSTICO DE NECESIDAD ES Y EXPECTATIVAS IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD, EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión del cuidado integral en Hospital	Atención de la mama en la atención hospitalaria de mam	Procesos	Clinicos	1. Diseñar los lineamientos de inducción general y específica, con descripción de herramientas para apoyo asistencial del servicio observatorio, avanzando a la normalización y socialización (Taller humano - Referente de procedimientos enfermería) 2. Realizar inducción en puesto de trabajo a colaboradores nuevos del servicio observatorio, según lineamientos aprobados (referente de observación-entferment e instrumentación) 3. Socializar la Guía de atención de facts, documentado e implementar el protocolo de parto instrumentado al personal que interviene en el proceso (Referente de Ginecoobstetricia e enfermería) 4. Diseñar y evaluar la adecuada aplicación de la lista de chequeo de parto seguro al equipo de salud del servicio implementando correctivos a lugar 5. Implementar estrategia de "código rojo" para disminuir mortalidad materna	No de Muñaladas materna por causas directas	04/04/2018	NO	25/07/2018	NO	12/11/2018	NO	18/01/2019	NO	23/07/2018	NO	riesgo materializado. Mortalidad materna. Se relaciona con la RA atención materna perinatal	18/01/2019	NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soporte que reposan en Sistema de Información Riesgo NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	15/02/2019	Desde la Dirección de Hospitalización se elaboraron los lineamientos internos, relacionados a Parto seguro tales como: el protocolo de parto instrumentado, formato de lista de chequeo de parto seguro, código rojo y se diseñó la presentación para simulacros de código rojo. Se realizó simulacro de manera permanente se trabaja mantener la adherencia al protocolo de atención del parto.	Desde la Dirección de Hospitalización se elaboraron los lineamientos desde seguridad del paciente para mitigar las infecciones asociadas al cuidado de la salud del paciente con enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores durante el proceso de atención. Se realizó durante la vigencia se desplegó la divulgación del protocolo de lavado de manos, se socializó por diferentes canales virtual, presencial y/o escrito. El protocolo está disponible en internet para consulta de colaboradores, y se mantiene socialización de forma personalizada en USS prioritarias. Ricardo en Rurales y ampliando cobertura en urbanas. La medición de adherencia de protocolo de lavado de manos fue de 68%, por tanto se identificaron acciones de difusión del Programa de IAS en USS de mayor complejidad	Desde la Dirección de Hospitalización se elaboraron los lineamientos desde seguridad del paciente para mitigar las infecciones asociadas al cuidado de la salud de los pacientes con enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores durante el proceso de atención.	Se recomienda dar continuidad a las capacitaciones para mantener en óptima los eventos adversos durante la atención intrahospitalaria del Parto.									
63	DIAGNOSTICO DE NECESIDAD ES Y EXPECTATIVAS IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD, EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión del cuidado integral en Hospital	Infección asociada al cuidado de la salud del paciente con enfermedad crónica de las vías respiratorias	Procesos	Clinicos	1. Socializar el protocolo de lavado de manos al personal asistencial del servicio de hospitalización adulta 2. Capacitar a colaboradores del servicio de hospitalización de adultos en protocolo de mano 3. Evaluar la adherencia al protocolo de lavado de manos en el servicio de hospitalización adulta implementando correctivos a lugar	% adherencia al protocolo de lavado de manos	04/04/2018	SI	25/07/2018	NO	07/11/2018	SI	18/01/2019	NO	23/07/2018	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol. Los reportes reposan en seguridad del paciente.	18/01/2019	NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soporte que reposan en Sistema de Información Riesgo NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	15/02/2019	Desde hospitalización y seguridad del paciente se trabajó en la adherencia a las guías, procesos y procedimientos para disminuir las infecciones asociadas al cuidado de la salud del paciente con enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores durante el proceso de atención. Del mismo durante la vigencia se desplegó la divulgación del protocolo de lavado de manos, se socializó por diferentes canales virtual, presencial y/o escrito. El protocolo está disponible en internet para consulta de colaboradores, y se mantiene socialización de forma personalizada en USS prioritarias. Ricardo en Rurales y ampliando cobertura en urbanas. La medición de adherencia de protocolo de lavado de manos fue de 68%, por tanto se identificaron acciones de difusión del Programa de IAS en USS de mayor complejidad	Desde hospitalización y seguridad del paciente se trabajó en la adherencia a las guías, procesos y procedimientos para disminuir las infecciones asociadas al cuidado de la salud de los pacientes con enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores durante el proceso de atención.	Se recomienda dar continuidad a las capacitaciones para mantener en óptima las infecciones asociadas al cuidado de la salud de los pacientes con enfermedad crónica de las vías respiratorias inferiores durante el proceso de atención.										
64	DIAGNOSTICO DE NECESIDAD ES Y EXPECTATIVAS IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD, EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión del cuidado integral en Hospital	Administración de medicamentos (servicio de atención a la salud rural) en áreas rurales	Procesos	Seguridad del usuario	1. Socializar 10 correctos de medicamentos al equipo de complementarios 2. Realizar acompañamiento o asistencia en aplicación de técnicas de administración de medicamentos a usuarios en las USS RURALES Y/O RURALES 3. Realizar chequeo de identificación de pacientes 4. Evaluar conocimiento y aplicación de los 10 correctos de administración de medicamentos a cuanto trimestre 2018, en las USS prioritarias	Eventos adversos por administración equivocada de pacientes a paciente equivocado	04/04/2018	SI	13/07/2018	SI	07/11/2018	SI	18/01/2019	NO	15/07/2018	SI	Las reacciones adversas a medicamentos se han presentado pero no se han considerado graves teniendo en cuenta la clasificación de algoritmo de ranapo.	12/02/2019	NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soporte que reposan en Sistema de Información Riesgo NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	15/02/2019	Administración de medicamento equivocado a paciente equivocado en USS URBANAS Y/O RURALES	Administración de medicamento equivocado a paciente equivocado en USS URBANAS Y/O RURALES	Se recomienda dar continuidad a las capacitaciones desarrolladas desde seguridad del paciente para mitigar la administración de medicamentos equivocados durante los procesos de atención.										
65	DIAGNOSTICO DE NECESIDAD ES Y EXPECTATIVAS IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD, EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión del cuidado integral en Hospital	Indicadores resultados de los indicadores de gestión para fortalecimiento y mejoramiento de servicios	Procesos	Legal	1. Implementar estrategia de seguimiento para fortalecimiento y mejoramiento de servicios 2. Implementar nuevo práctica "hombre madre a Hog" 3. Evaluar adherencia a las OPC materno perinatales según programación PAMEC	Razon de mortalidad materna por causas indirectas	04/04/2018	NO	15/07/2018	NO	22/11/2018	NO	26/01/2019	NO	15/07/2018	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol, los reportes de la estrategia de gestión reposan en Gestión del Riesgo y los de informes de Auditoría en Calidad	12/02/2019	NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soporte que reposan en Sistema de Información Riesgo NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	15/02/2019	Desde la Subgerencia de Servicios de Salud ha desarrollado control para disminuir la mortalidad materna por causas institucionales prevenibles. Se continua fortaleciendo la atención segura al momento de parto. Igualmente se realiza seguimiento al cumplimiento de las OPC Control prenatal, Código rojo, Emergencia obstétrica. lo que le ha permitido a la entidad mantener en cero "0" el indicador de mortalidad materna perinatal evitable.	Desde la Subgerencia de Servicios de Salud ha desarrollado control para disminuir la mortalidad materna por causas institucionales prevenibles. Se continua fortaleciendo la atención segura al momento de parto. Igualmente se realiza seguimiento al cumplimiento de las OPC Control prenatal, Código rojo, Emergencia obstétrica. lo que le ha permitido a la entidad mantener en cero "0" el indicador de mortalidad materna perinatal evitable.	Desde la Subgerencia de Servicios de Salud ha desarrollado control para disminuir la mortalidad materna por causas institucionales prevenibles. Se continua fortaleciendo la atención segura al momento de parto. Igualmente se realiza seguimiento al cumplimiento de las OPC Control prenatal, Código rojo, Emergencia obstétrica. lo que le ha permitido a la entidad mantener en cero "0" el indicador de mortalidad materna perinatal evitable.	Se recomienda dar continuidad a las rondas de auditoría y a los procesos de capacitación y adherencia a los servicios de atención segura al momento de parto. Igualmente se realiza seguimiento al cumplimiento de los indicadores de mortalidad materna por causas asociadas a causas institucionales evitables.									
33	GESTION FINANCIERA	Gestión de ingresos	Recibir y/o dar soporte con el objetivo de mejorar pagos y/o transacciones con la Gestión Financiera de la Entidad.	Personas	Compañía	1. Capacitar a los colaboradores en fomento de transparencia, fomentando colaboradores con responsabilidades de manejo de recursos financieros 2. Normalizar e implementar procedimientos financieros con inclusión de puntos de control que permitan riesgos de posibles conductas de corrupción 3. Evaluar el cumplimiento del Plan anticorrupción, implementando correctivos a lugar según resultados	% de Cumplimiento PAA	04/04/2018	NO	06/07/2018	NO	22/11/2018	NO	05/07/2018	NO	23/07/2018	NO	Se confirma información reportada por autocontrol. Las evidencias reposan en financieros, y desarrollo institucional en el referente a seguimiento plan anticorrupción. Riesgo No materializado producto de los controles implementados	01/02/2019	NO	Se confirma información reportada por autocontrol. Las evidencias reposan en financieros, y desarrollo institucional en el referente a seguimiento plan anticorrupción. Riesgo No materializado producto de los controles implementados	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	15/02/2019	El cumplimiento consolidado del Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano institucional de 2018 fue del 98%, con tendencia a la mejora frente a resultados obtenidos en cada trimestre así: 99% a primer trimestre de 2018, 98% a segundo trimestre, 98% a tercer trimestre y 98% cuarto trimestre. Situación que denota el desarrollo de acciones conjuntas entre los procesos y el mejoramiento en las estrategias implementadas para mejorar el acceso y comunicación con la ciudadanía.	Continuar los controles para mantener la tendencia positiva de resultados, con Cero "0" riesgos materializados de tipología corrupción producto de los controles implementados.	Manejar el seguimiento oportuno del PAA, promoviendo la adherencia y asistencia a los procesos de la atención y mejorando los controles frente a la oportunidad y calidad de información publicada en la web conforme a características normativas.										

IDENTIFICACION					PLAN DE ADMINISTRACION DEL RIESGO										FASES DE SEGUIMIENTO										CONSOLIDADO ANUAL					
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	ACCIONES A IMPLEMENTAR	INDICADOR (relaciona indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionan con el riesgo identificado, en caso de no existir establece un solo indicador asociado al objetivo del proceso)	PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL										SEGUNDO ORDEN/SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL										CONSOLIDADO ANUAL		
								Responsible de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicacion y eficacia de las acciones dentro de su proceso.										Responsible de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el Autocontrol, realizar la evaluacion del desempeño de la gestion, y reportar a la Alta Direccion los resultados consolidados.										Responsible de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el Autocontrol, realizar la evaluacion del desempeño de la gestion, y reportar a la Alta Direccion los resultados consolidados.		
								PRIMER TRIMESTRE		SEGUNDO TRIMESTRE		TERCER TRIMESTRE		CUARTO TRIMESTRE		EVALUACION PRIMER SEMESTRE 2018					EVALUACION SEGUNDO SEMESTRE 2018					UNIDAD DONDE SE PRESENTA	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS DE GESTION DEL RIESGO	FECHA
FECHA	RIESGO MATERIALIZADO (SI/NO)	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS															
67	CONTRATACION	Contratacion y Bienes y Servicios	Exposicion a multas o sanciones por incumplimiento en publicacion en el portal de contratacion de SECCOP y Pagina Web Institucional de documentos de los diferentes procesos contractuales.	Procesos	Operativa	1. Actualizar el procedimiento Gestion Contractual CPSE que incluye actividades y/o controles especificos de oportunidad de publicacion oportuna de contratos en SECCOP y medio de verificacion, avanzando a normalizacion en internet y aplicacion de SECCOP y Pagina Web Institucional de documentos de los diferentes procesos contractuales. 2. Socializar los procedimientos internos anteriormente a la normalizacion de bienes y servicios a la OPS 3. Validar la oportunidad de carga de contratos en SECCOP antes por normalizacion como por OPS implementando correctivos a lugar segun desviaciones	Multas o sanciones por incumplimiento de publicacion de Contratos en SECCOP	05/04/2018	NO	04/07/2018	NO	22/11/2018	NO	18/01/2019	NO	15/07/2018	NO	Se confirma informacion reportada por el autocontrol. Los reportes reposan por parte de autocontrol	29/01/2019	NO	Mediante la aplicacion de estrategias al interior del area de contratacion se mitiga la exposicion a multas o sanciones por incumplimiento en publicacion oportuna en SECCOP y/o Pagina Web Institucional de documentos de los diferentes procesos contractuales.	En la institucion operan controles al interior del proceso de contratacion para cumplir con la publicacion oportuna en SECCOP y/o Pagina Web Institucional de documentos de los diferentes procesos contractuales.	15/02/2019	En la institucion operan controles al interior del proceso de contratacion para cumplir con la publicacion oportuna en SECCOP y/o Pagina Web Institucional de documentos de los diferentes procesos contractuales.	Continuar con los procesos de publicacion del 100% de los procesos contractuales a traves de SECCOP y/o Pagina Web Institucional de documentos de los diferentes procesos contractuales.					
68	CONTRATACION	Contratacion y Bienes y Servicios	Fallos de Supervision en la ejecucion de los contratos ocasionando perjuicio a la participacion, sobre-requisicion y/o imposibilidad de liquidar.	Procesos	Operativa	1. Documentar el Manual de Contratacion que incluye lineamientos para supervisar de contratos 2. Realizar capacitacion a supervisores	% supervisores capacitados en Manual de Contratacion (Trimestral)	05/04/2018	NO	04/07/2018	NO	22/11/2018	NO	18/01/2019	NO	15/07/2018	NO	Se confirma informacion reportada por el autocontrol. Los reportes reposan por parte de autocontrol	29/01/2019	NO	Desde la Direccion de Contratacion se trabaja en la capacitacion permanente con el fin de que no se presenten fallos de Supervision y en la aplicacion de los contratos con ocasionando a la terminacion anticipada, sobre-requisicion, sub-requisicion y/o imposibilidad de liquidar.	En la institucion operan controles al interior del proceso de contratacion que fortalecen los procesos de capacitacion permanente con el fin de que no se presenten fallos de Supervision y en la aplicacion de los contratos con ocasionando a la terminacion anticipada, sobre-requisicion, sub-requisicion y/o imposibilidad de liquidar.	15/02/2019	En la institucion operan controles al interior del proceso de contratacion que fortalecen los procesos de capacitacion permanente con el fin de que no se presenten fallos de Supervision y en la aplicacion de los contratos con ocasionando a la terminacion anticipada, sobre-requisicion, sub-requisicion y/o imposibilidad de liquidar.	Continuar con los procesos continuos de capacitacion a los colaboradores y supervisores en cuanto al manual de supervicion entre otros temas.					
69	CONTRATACION	Contratacion y Bienes y Servicios	Afectacion del servicio de salud ya sea por demoras administrativas inherentes a fase precontractual y/o demoras en la entrega de medicamentos.	Procesos	Operativa	1. Implementar lista de chequeo de requisitos de contratos (fase precontractual) implementada 2. Verificar cumplimiento y cumplimiento de documentos presentados por oferentes o posibles contratistas	Lista de chequeo de requisitos (fase precontractual) implementada	05/04/2018	NO	04/07/2018	NO	22/11/2018	NO	18/01/2019	NO	15/07/2018	NO	Se confirma informacion reportada por el autocontrol. Los reportes reposan por parte de autocontrol	29/01/2019	NO	Con el fin de no generar afectacion del servicio de salud ya sea por demoras administrativas inherentes a fase precontractual de la elaboracion de la minuta contractual y/o documentos anexos, la subred ha venido trabajando en la implementacion de la lista de chequeo de requisitos de contratos (fase precontractual) y la verificacion y cumplimiento de documentos presentados por oferentes o posibles contratistas	En la entidad operan controles al interior del proceso de contratacion con el fin de no generar afectacion del servicio de salud ya sea por demoras administrativas inherentes a fase precontractual de la elaboracion de la minuta contractual y/o documentos anexos, la subred ha venido trabajando en la implementacion de la lista de chequeo de requisitos de contratos (fase precontractual) y la verificacion y cumplimiento de documentos presentados por oferentes o posibles contratistas	15/02/2019	En la entidad operan controles al interior del proceso de contratacion con el fin de no generar afectacion del servicio de salud ya sea por demoras administrativas inherentes a fase precontractual de la elaboracion de la minuta contractual y/o documentos anexos, la subred ha venido trabajando en la implementacion de la lista de chequeo de requisitos de contratos (fase precontractual) y la verificacion y cumplimiento de documentos presentados por oferentes o posibles contratistas	Continuar con los procesos administrativos con el fin de garantizar que la entidad cuente con el recurso humano para el desarrollo de la prestacion de servicios asi como el contar con insumos y medicamentos.					
70	PARTICIPACION COMUNITARIA AL CIUDADANO	Servicio al ciudadano	Uso de lenguaje discriminatorio por parte de personal de la institucion	PERSONAS	Operativa	1. Actualizar el Manual de Atencion al Ciudadano fortaleciendo tematicas de orientacion e informacion a usuarios 2. Realizar asistencia tecnica a las informaciones frente al acceso en la prestacion de servicio a los ciudadanos 3. Realizar a los informantes de atencion, sobre informacion clave para el usuario.	% reclamos de usuarios por discriminacion institucional (anual)	07/04/2018	NO	09/07/2018	NO	06/11/2018	NO	31/01/2019	NO	15/07/2018	NO	Se confirma la informacion reportada por el autocontrol y los reportes reposan en la Direccion de Legitimacion, RIESGO NO MATERIALIZADO, producto de la efectividad de los controles	31/01/2019	NO	La subred su durante la vigencia 2018, trabajo en el fortalecimiento de la competencia a los informantes de las unidades. Dos veces al mes, con temas transversales sobre humanizacion, comunicacion, bienestar y seguridad y salud en el trabajo, de forma complementaria al programa temas especificos diferenciales por sesion seguridad del paciente, una reunion personal y SIDMA.	La subred su durante la vigencia 2018, trabajo en el fortalecimiento de las competencias a los informantes de las unidades. Dos veces al mes, con temas transversales sobre humanizacion, comunicacion, bienestar y seguridad y salud en el trabajo, de forma complementaria al programa temas especificos diferenciales por sesion seguridad del paciente, una reunion personal y SIDMA.	15/02/2019	La subred su durante la vigencia 2018, trabajo en el fortalecimiento de las competencias a los informantes de las unidades. Dos veces al mes, con temas transversales sobre humanizacion, comunicacion, bienestar y seguridad y salud en el trabajo, de forma complementaria al programa temas especificos diferenciales por sesion seguridad del paciente, una reunion personal y SIDMA.	Se recomienda continuar con el fortalecimiento de las competencias a los informantes de las unidades.					
71	PARTICIPACION COMUNITARIA AL CIUDADANO	Servicio al ciudadano	In oportunidad en la respuesta a requerimientos, solicitudes, quejas, reclamos, reclamos respaldados por el usuario	Procesos	Estrategico	1. Socializar a lideres de proceso el procedimiento de Resolucion, tramite y cierre derechos de peticion por prestación de servicio al ciudadano 2. Implementar estrategias para mejorar la oportunidad de la respuesta de requerimientos interpusos por los ciudadanos 3. Realizar backlogs mensual de la normalizacion de control interno para control de PORS 4. Evaluar la oportunidad de respuesta de PORS, implementando correctivos a lugar	Oportunidad en la respuesta a PORS (numero de usuarios que presentaron algún reclamo vigente total PORS respondidos en el periodo)	07/04/2018	NO	09/07/2018	NO	06/11/2018	NO	31/01/2019	NO	15/07/2018	NO	Se confirma informacion reportada por el autocontrol. Los reportes reposan por parte de autocontrol	31/01/2019	NO	La entidad en la vigencia 2018 trabajo en la socialización a los lideres de PORS en el procedimiento de Resolucion, tramite y cierre derechos de peticion por prestación de servicio al ciudadano, se emite el informe de PORS a los lideres asistenciales, via correo electrónico. Se realiza monitoreo de oportunidad de respuestas y se esta realizando de manera permanente el Backlog.	La entidad en la vigencia 2018 trabajo en la socialización a los lideres de PORS en el procedimiento de Resolucion, tramite y cierre derechos de peticion por prestación de servicio al ciudadano, se emite el informe de PORS a los lideres asistenciales, via correo electrónico. Se realiza monitoreo de oportunidad de respuestas y se esta realizando de manera permanente el Backlog.	15/02/2019	La entidad en la vigencia 2018 trabajo en la socialización a los lideres de PORS en el procedimiento de Resolucion, tramite y cierre derechos de peticion por prestación de servicio al ciudadano, se emite el informe de PORS a los lideres asistenciales, via correo electrónico. Se realiza monitoreo de oportunidad de respuestas y se esta realizando de manera permanente el Backlog.	Se recomienda continuar con los capacitaciones a los lideres de PORS y el procedimiento de Resolucion, tramite y cierre derechos de peticion por prestación de servicio al ciudadano, se emite el informe de PORS a los lideres asistenciales, via correo electrónico. Se realiza monitoreo de oportunidad de respuestas y se esta realizando de manera permanente el Backlog.					
72	PARTICIPACION COMUNITARIA AL CIUDADANO	Servicio al ciudadano	Daño físico o afectación de salud de los usuarios de la ruta de salud secundaria o accidentes de los vehículos de traslado	Tecnología	Seguridad del usuario	1. Realizar capacitaciones al equipo de ruta de salud 2. Revisar la documentación de los conductores asignados para la ruta de salud como de los papeles de los vehículos 3. Implementar estrategias de ajuste de rutas de traslado 4. Supervisar el cumplimiento del estado seguro de los vehículos	Cantidad de usuarios con afectación de salud durante el traslado en ruta de salud (numero de usuarios con afectación o daños de su salud durante el traslado en la ruta de salud) con el estado de los vehículos en la ruta de salud	15/04/2018	NO	09/07/2018	NO	06/11/2018	NO	31/01/2019	NO	15/07/2018	NO	Se confirma informacion reportada por el autocontrol. Los reportes reposan por parte de autocontrol	31/01/2019	NO	Durante la vigencia 2018, la entidad conto con el contrato de Ruta de Salud, así mismo se realiza procesos de capacitación al equipo de ruta de salud, se verifica la documentación de los conductores asignados para la ruta de salud como de los papeles de los vehículos e implementa estrategias de ajuste de rutas de traslado.	Durante la vigencia 2018, la entidad conto con el contrato de Ruta de Salud, así mismo se realiza procesos de capacitación al equipo de ruta de salud, se verifica la documentación de los conductores asignados para la ruta de salud como de los papeles de los vehículos e implementa estrategias de ajuste de rutas de traslado.	15/02/2019	Durante la vigencia 2018, la entidad conto con el contrato de Ruta de Salud, así mismo se realiza procesos de capacitación al equipo de ruta de salud, se verifica la documentación de los conductores asignados para la ruta de salud como de los papeles de los vehículos e implementa estrategias de ajuste de rutas de traslado.	Se recomienda continuar con los controles establecidos en la vigencia 2018, para disminuir los incidentes en la Ruta de Salud.					
73	PARTICIPACION COMUNITARIA AL CIUDADANO	Participacion en internet	Falta de participación de los usuarios en los diferentes espacios de las formas de participación social	PERSONAS	IMAGEN	1. Actualizar los lineamientos internos sobre participación comunitaria, avanzando en la socialización e planes transversales 2. Verificar la participación de los usuarios a conformar la Asociación de Usuarios 3. Realizar la asamblea según programa establecido 4. Realizar verificación de continuidad de los integrantes de las formas de participación	Participación de la participación de usuarios en formas de participación (numero de usuarios que participaron en las formas de participación en el periodo) / numero de usuarios que integran las formas de participación en el periodo anterior / trimestral	08/04/2018	NO	09/07/2018	NO	06/11/2018	NO	31/01/2019	NO	15/07/2018	NO	Se confirma informacion reportada por el autocontrol. Los reportes reposan por parte de autocontrol	31/01/2019	NO	La subred su fortalece las actividades con cerca de 260 usuarios fortaleciendo los espacios comunitarios y se cumple con el reporte mensual de los usuarios activos en las formas de participación a formas de participación. Se realizaron las asambleas de las formas de participación en las fechas programadas. Se realiza el control de ética a nivel de la Subred Su para el Inventario de la Secretaría de Salud.	La subred su fortalece las actividades con cerca de 260 usuarios fortaleciendo los espacios comunitarios y se cumple con el reporte mensual de los usuarios activos en las formas de participación a formas de participación. Se realizaron las asambleas de las formas de participación en las fechas programadas. Se realiza el control de ética a nivel de la Subred Su para el Inventario de la Secretaría de Salud.	15/02/2019	La subred su fortalece las actividades con cerca de 260 usuarios fortaleciendo los espacios comunitarios y se cumple con el reporte mensual de los usuarios activos en las formas de participación a formas de participación. Se realizaron las asambleas de las formas de participación en las fechas programadas. Se realiza el control de ética a nivel de la Subred Su para el Inventario de la Secretaría de Salud.	Se recomienda continuar con el fortalecimiento de los integrantes de formas de participación con las que la subred interviene en las otras localidades.					
74	COMUNICACION	Comunicacion en internet	Incumplimiento del Plan Estratégico de Comunicaciones (PECO)	Procesos	Legal	1. Actualizar el PECO Institucional teniendo en cuenta las necesidades de la Salud. 2. Documentar los lineamientos asociados para el desarrollo del PECO 3. Socializar la Política y Manual de Comunicaciones considerando LEE, Rutas y avanzando gradualmente en los demás canales. 4. Evaluar el cumplimiento de PECO e implementar correctivos a lugar según resultados.	Cumplimiento del PECO Institucional en un 93% actividades programadas del PECO / Total de actividades del PECO desarrolladas durante el periodo / 100	15/04/2018	NO	24/07/2018	NO	15/11/2018	NO	25/01/2019	NO	15/07/2018	NO	Se CONFIRMA informacion reportada por el autocontrol. Los reportes reposan en Sistemas de Informacion RIESGO NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	25/01/2019	NO	Para la vigencia 2018, la Oficina Asesora de Comunicaciones avanza en el cumplimiento del PECO Institucional, al finalizar el año el PECO se cerró con un cumplimiento del 95%, un indicador superior por 4 puntos al 2017. Se continuo en la socialización de los lineamientos en los diferentes espacios con colaboradores (Inducción, talleres, UEL, reeducación, y demás canales de comunicación).	Para la vigencia 2018, la Oficina Asesora de Comunicaciones avanza en el cumplimiento del PECO Institucional, al finalizar el año el PECO se cerró con un cumplimiento del 95%, un indicador superior por 4 puntos al 2017. Se continuo en la socialización de los lineamientos en los diferentes espacios con colaboradores (Inducción, talleres, UEL, reeducación, y demás canales de comunicación).	18/02/2019	Para la vigencia 2018, la Oficina Asesora de Comunicaciones avanza en el cumplimiento del PECO Institucional, al finalizar el año el PECO se cerró con un cumplimiento del 95%, un indicador superior por 4 puntos al 2017. Se continuo en la socialización de los lineamientos en los diferentes espacios con colaboradores (Inducción, talleres, UEL, reeducación, y demás canales de comunicación).	Dar cumplimiento a las actividades propuestas en el PECO y continuar con la socialización de los lineamientos en los diferentes espacios con colaboradores (Inducción, talleres, UEL, reeducación, y demás canales de comunicación).					
75	COMUNICACION	Comunicacion en internet	Incumplimiento del Plan Estratégico de Comunicaciones (PECO)	Procesos	Legal	1. Actualizar el Manual de Comunicaciones teniendo en cuenta las necesidades de la Salud. 2. Documentar los lineamientos asociados para el desarrollo del PECO 3. Socializar la Política y Manual de Comunicaciones considerando LEE, Rutas y avanzando gradualmente en los demás canales. 4. Evaluar el cumplimiento de PECO e implementar correctivos a lugar según resultados.	Cumplimiento del PECO Institucional en un 93% actividades programadas del PECO / Total de actividades del PECO desarrolladas durante el periodo / 100	15/04/2018	NO	24/07/2018	NO	15/11/2018	NO	25/01/2019	NO	15/07/2018	NO	Se CONFIRMA informacion reportada por el autocontrol. Los reportes reposan en Sistemas de Informacion RIESGO NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	25/01/2019	NO	Para la vigencia 2018, la Oficina Asesora de Comunicaciones avanza en el cumplimiento del PECO Institucional, al finalizar el año el PECO se cerró con un cumplimiento del 95%, un indicador superior por 4 puntos al 2017. Se continuo en la socialización de los lineamientos en los diferentes espacios con colaboradores (Inducción, talleres, UEL, reeducación, y demás canales de comunicación).	Para la vigencia 2018, la Oficina Asesora de Comunicaciones avanza en el cumplimiento del PECO Institucional, al finalizar el año el PECO se cerró con un cumplimiento del 95%, un indicador superior por 4 puntos al 2017. Se continuo en la socialización de los lineamientos en los diferentes espacios con colaboradores (Inducción, talleres, UEL, reeducación, y demás canales de comunicación).	18/02/2019	Para la vigencia 2018, la Oficina Asesora de Comunicaciones avanza en el cumplimiento del PECO Institucional, al finalizar el año el PECO se cerró con un cumplimiento del 95%, un indicador superior por 4 puntos al 2017. Se continuo en la socialización de los lineamientos en los diferentes espacios con colaboradores (Inducción, talleres, UEL, reeducación, y demás canales de comunicación).	Dar cumplimiento a las actividades propuestas en el PECO y continuar con la socialización de los lineamientos en los diferentes espacios con colaboradores (Inducción, talleres, UEL, reeducación, y demás canales de comunicación).					
76	COMUNICACION	Gestion de entrega de insumos	Disponibilidad de insumos	Procesos	Operativa	1. Socializar los procedimientos o documentos asociados a la solicitud y documentación de insumos.	ESTANDAR METRICIONAL 98% Oportunidad en la solicitud e implementación de insumos.	04/04/2018	NO	24/07/2018	NO	15/11/2018	SI	31/01/2019	NO	17/07/2018	NO	Se confirma informacion reportada por el autocontrol. Los reportes de cumplimiento reposan en Formato.	12/02/2019	NO	Se CONFIRMA informacion reportada por el autocontrol con verificación de reportes que reposan en Sistemas de Informacion RIESGO NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	N.A.	N.A.	NO	Desde la Subgerencia de Servicios de Salud de salud se socializan los procedimientos o documentos asociados a la solicitud y documentación de insumos.	Desde la Subgerencia de Servicios de Salud de salud se socializan los procedimientos o documentos asociados a la solicitud y documentación de insumos.	15/02/2019	Desde la Subgerencia de Servicios de Salud de salud se socializan los procedimientos o documentos asociados a la solicitud y documentación de insumos.	Se recomienda mantener el desarrollo de las acciones implementadas para mitigar el riesgo así mismo se recomienda continuar con el proceso del trabajo en control de atención.	

IDENTIFICACION				PLAN DE ADMINISTRACION DEL RIESGO																FASES DE SEGUIMIENTO															
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	ACCIONES A IMPLEMENTAR	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir rediseñe un solo indicador asociado al objetivo del proceso)	PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL								SEGUNDO ORDEN/SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL								CONSOLIDADO ANUAL											
								PRIMER TRIMESTRE				SEGUNDO TRIMESTRE				TERCER TRIMESTRE				CUARTO TRIMESTRE				EVALUACION PRIMER SEMESTRE 2019				EVALUACION SEGUNDO SEMESTRE 2019				RESPONSABLE DE VERIFICAR LAS EVIDENCIAS DE CUMPLIMIENTO REPORTADAS POR EL AUTOCONTROL, REALIZAR LA EVALUACION DEL DESEMPEÑO DE LA GESTION, Y REPORTAR A LA ALTA DIRECCION LOS RESULTADOS CONSOLIDADOS.			
								FECHA	RIESGO MATERIALIZADO (SI/NO)	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS DE GESTION DEL RIESGO	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS	RECOMENDACION					
77	MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	Gestión clínica acciones seguras	Fuga de pacientes hospitalizados en Centro de Desarrollo de potencial humano (Ecoterpia Nazareth)	Infraestructura	Seguridad usuario	1. Socializar el protocolo de fuga de pacientes a colaboradores involucrados en la atención de usuarios de Ecoterpia 2. Implementar herramientas que fortalezcan el control y prevención de fuga de pacientes de Ecoterpia (Nazareth) 3. Monitorear los EA de pacientes de USR Rurales relacionados con fuga de pacientes e implementar acciones de mejoramiento a lugar	Total de EA relacionados con fuga de pacientes en zona rural	04/04/2018	NO	24/07/2018	SI	25/11/2018	SI	31/01/2019	NO	18/07/2018	SI	Se confirma información reportada por el Autocontrol. Los soportes reposan en seguridad del paciente.	11/02/2019	SI	Se confirma la información reportada por el autocontrol y los soportes reposan en la Dirección de Urgencias. RIESGO MATERIALIZADO, producto de la efectividad de los controles	NAZARETH-ECOTERAPIA USR URBANAS	Continuar con los procesos de socialización y son verificados los eventos e incidencias para evitar de los profesionales de ecoterpia de realizar las reintroducciones pertinentes.	SI	Dentro de las actividades desarrolladas para evitar la materialización del riesgo de fuga de pacientes hospitalizados en Centro de Desarrollo de potencial humano (Ecoterpia Nazareth) como lo son el socializar el protocolo de fuga de pacientes a colaboradores involucrados en la atención de usuarios de Ecoterpia, se implementaron herramientas que fortalezcan el control y prevención de fuga de pacientes de Ecoterpia así mismo se mantuvieron los EA de pacientes de USR Rurales relacionados con fuga de pacientes e implementar acciones de mejoramiento a lugar	15/02/2019	Se recomienda reforzar la socialización y realizar seguimiento permanente a los EA. Mantenerlos.								
78	DESARROLLO INSTITUCIONAL	Humanización	Afectación del clima laboral por agresión entre diferentes internos y/o externos en USR RURALES Y USR URBANAS	Personas	Operativas	1. Socializar el programa de Humanización y su diversos componentes a colaboradores de zona Rural 2. Fortalecer el abordaje multidisciplinario por las dependencias involucradas frente a diversas problemáticas que pueden afectar la cultura o el clima organizacional 3. Intervenir o disociar las diferencias entre cliente interno y externo 4. Realizar interacción con los grupos de participación comunitaria para engranaje de acciones comunes	Indicadores de intervención	04/04/2018	NO	24/07/2018	NO	26/11/2018	NO	28/01/2019	NO	15/07/2018	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol y los soportes reposan en la oficina asesora de Desarrollo Institucional de la Subred Sur E.S.E. (Humanización)	25/01/2019	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol y los soportes reposan en la oficina asesora de Desarrollo Institucional de la Subred Sur E.S.E. (Humanización)	N.A.	N.A.	NO	Desde la gerencia de la subred se trabaja en no afectar el clima laboral por agresión entre clientes internos y/o externos en USR RURALES Y USR URBANAS, con la actualización del programa de Humanización, así como el desarrollo de acciones de intervención del Programa aplican tendrán cobertura a nivel de USR Urbanas y Rural tanto con cliente interno como externo. Durante el segundo semestre NO se presentaron agresiones de parte de usuarios externos a colaboradores de las USR Urbanas, en rurales.	15/02/2019	Continuar con el fortalecimiento institucional del programa de humanización.								
79	DIAGNOSTICO DE NECESIDAD ES Y EXPECTATIVAS IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD PLANIFICACION EN SALUD EDUCACION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión integral del riesgo en salud (promoción y prevención individual y colectiva)	No validación de impacto de acciones e intervenciones de Gestión de USR Rurales	Procesos	Integran	1. Fortalecer el equipo de posicionamiento de Política de Ruralidad en el marco del componente de Gobernancia 2. Socializar los lineamientos distritales de Ruralidad en los diferentes espacios de participación tanto comunitarios como social 3. Implementar la mesa de validación para socializar resultados de aplicación de Política de Ruralidad 4. Implementar estrategias de comunicación específicas para ruralidad orientadas a difundir resultados alcanzados en este sector	Estrategia de comunicación de ruralidad implementada que visibiliza resultados alcanzados (SEGUNDO TRIMESTRE)	04/04/2018	NO	15/07/2018	NO	26/11/2018	NO	25 de mayo de 2019	NO	15/07/2018	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol, los soportes de socialización de Política de Ruralidad y reuniones de la mesa de Ruralidad están en custodia del componente de Gobernancia. Los soportes de estrategias de comunicaciones reposan en dicho proceso	12/02/2019	NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soportes que reposan en Sistema de Información. RIESGO NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	N.A.	N.A.	NO	Se realizó un taller con el equipo técnico de trabajo analista de las prioridades relacionadas con primera infancia gestadas en alto riesgo bajo peso al nacer, Enfermedad Respiratoria Aguda ERA. De igual forma se analizó la dimensión de convivencia social y salud mental, conducta suicida, embazazo y adicciones, consumo de alcohol y tabaco, violencia, lesiones de causa externa. Se realizó articulación con política Pública de salud y calidad de vida de los trabajadores para aplicar en la Unidad de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes trabajadores. Se desarrolló un encuentro sobre medicina comunitaria y articulación con las políticas de seguridad alimentaria y nutricional, etnia y mujer que permitió generar insumos para fortalecer el modelo integral de atención en salud, y apoyar en la construcción del protocolo de nacimiento humanizado, que tenga en cuenta las poblaciones diferenciadas incluídas a las mujeres campesinas. Se realizó acuerdo con la Universidad Nacional y la Universidad EAN para desarrollar 20 visitas domiciliarias en el marco de la investigación "Calidad del aire al interior de viviendas y su relación con la capacidad respiratoria" en la zona rural de Lame y Sumapaz, en estas visitas se realizó un monitoreo durante 24 horas de parámetros como material particulado 2.5, carbono negro, humedad relativa y temperatura, y se realizó una prueba de equipamiento a todos los integrantes de la familia. Adicionalmente se hizo una verificación del estado de ventilación y se identificaron casos que requieren activación de redes, esta actividad permite además de generar conocimiento, gestionar a través de alianzas intersectoriales alternativas para la	15/02/2019	Continuar con las actividades para fortalecer y desplegar el modelo de Ruralidad en la red Prácticas Docentes.								
80	GESTION DEL RIESGO EN SALUD PLANIFICACION EN SALUD EDUCACION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Promoción de la salud	Afectación de salud de colaboradores de ZONA RURAL por causas infecciosas al territorio y/o tablas de autocuidado	Procesos	Seguridad y Salud en el Trabajo	1. Socializar los alcances de las intervenciones orientadas en las USR Rurales 2. Implementar el programa de seguridad 3. Monitorear los indicadores de SST en las USR Rurales	Accidentes laborales en USR rurales	04/04/2018	NO	15/07/2018	NO	13/11/2018	NO	23/01/2019	NO	23/07/2018	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol, los soportes de mitigación como de los indicadores reposan en TALENTO HUMANO. Lo referente a capacitación de alcance de acciones estandarizadas está en custodia de PIC.	28/01/2019	NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soportes que reposan en T. Riego NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	N.A.	N.A.	NO	Se ha trabajado en disminuir la afectación de la salud de los colaboradores de ZONA RURAL por causas infecciosas al territorio y/o tablas de autocuidado, se realizó socialización de los alcances de las intervenciones orientadas en las USR Rurales, se implementó el programa de seguridad y salud en el trabajo en zona rural y se monitorea los indicadores de SST en las USR Rurales.	24/01/2019	Se ha trabajado en disminuir la afectación de la salud de los colaboradores de ZONA RURAL por causas infecciosas al territorio y/o tablas de autocuidado, se realizó socialización de los alcances de las intervenciones orientadas en las USR Rurales, se implementó el programa de seguridad y salud en el trabajo en zona rural y se monitorea los indicadores de SST en las USR Rurales.	Se recomienda continuar con los controles establecidos, para la disminución de las afectaciones que se puedan presentar en el territorio y el salud de los colaboradores por causas asociadas al territorio y el adecuado.							
81	MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	Gestión clínica acciones seguras	Lesión o muerte del usuario por la no adherencia a los procedimientos y guías de práctica clínica (ZONA RURAL Y URBANA)	Personas	Clinicas	1. Socializar los procedimientos y/o guías de práctica clínica con entitas en las unidades críticas (UCI, CIRUGIA Y URGENCIAS) 2. Evaluar la adherencia GPC según programación/PAREC	% Adherencia a Guía de Practicas Clínicas evaluada	05/04/2018	NO	15/07/2018	NO	25/11/2018	NO	31/01/2019	NO	15/07/2018	NO	Se confirma la información reportada por autocontrol, los soportes reposan en custodia de Bototero PAREC. RIESGO NO MATERIALIZADO	11/02/2019	NO	Se confirma la información reportada por el autocontrol y los soportes reposan en la Dirección de Urgencias. RIESGO NO MATERIALIZADO, producto de la efectividad de los controles	N.A.	N.A.	NO	La entidad desarrolló actividades programadas para evitar las lesión o muerte de los usuarios por la no adherencia a los procedimientos y guías de práctica clínica, para tal fin se socializaron los procedimientos y/o guías de práctica clínica con entitas en las unidades críticas UCI, CIRUGIA Y URGENCIAS.	15/02/2019	Se recomienda reforzar la socialización y realizar seguimiento permanente a los EA. Mantenerlos.								
82	DIAGNOSTICO DE NECESIDAD ES Y EXPECTATIVAS IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD PLANIFICACION EN SALUD EDUCACION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión integral del riesgo en salud (promoción y prevención individual y colectiva)	Importancia en el servicio de atención primaria y/o entrega de resultados (ZONA RURAL Y URBANA)	Tecnología	Operativas	1. Definir e implementar plan de contingencia con laboratorio externo 2. Realizar traslado de muestras a otra entidad que pueda ofrecer el tipo de examen (USR TUNAJ, USR MIESEN) 3. Actualizar PLAN DE contingencia manual ante fallos del sistema de información	% oportunidad en el entrega de resultados (percentual)	04/04/2018	NO	15/07/2018	NO	15/11/2018	NO	11/02/2019	NO	15/07/2018	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol. Los soportes de cumplimiento reposan en laboratorio Clínico.	12/02/2019	NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soportes que reposan en Sistema de Información. RIESGO NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	N.A.	N.A.	NO	Desde la Subgerencia se corralan los tiempos establecidos de los servicios de urgencias y hospitalización, para la hospitalización se toma de muestra, envío y/o entrega de resultados (ZONA RURAL Y URBANA).	15/02/2019	Desde la Subgerencia se corralan los tiempos establecidos de los servicios de urgencias y hospitalización, para la hospitalización se toma de muestra, envío y/o entrega de resultados (ZONA RURAL Y URBANA).	Continuar con el control de tiempos para la toma de muestras de laboratorio clínico.							
83	DIAGNOSTICO DE NECESIDAD ES Y EXPECTATIVAS IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD PLANIFICACION EN SALUD EDUCACION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Gestión integral del riesgo en salud (promoción y prevención individual y colectiva)	Baja cultura de Reporte de eventos, interés en salud pública y/o tablas de autocuidado	Procesos	Poblacionales	1. Socializar los procesos del trabajo comunitario en Salud para eventos en Salud Pública 2. Realizar seguimiento a la notificación telefónica a través de la búsqueda activa institucional.	% de eventos de interés en Salud pública (EIS) reportados oportunamente en USR Rurales	04/04/2018	NO	15/07/2018	NO	15/11/2018	NO	11/02/2019	NO	23/07/2018	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol, los soportes de cumplimiento de los alcances de mitigación como de los indicadores reposan en Vigilancia epidemiológica	12/02/2019	NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soportes que reposan en Sistema de Información. RIESGO NO MATERIALIZADO producto de la efectividad de los controles implementados	N.A.	N.A.	NO	Desde la Subgerencia y la Dirección del Riesgo en salud se realizó socialización de los nuevos Protocolos del INE a los profesionales de la atención epidemiológica, y se encuentran publicados en repositorio de Gestión del Riesgo. Documentos asistidos en el formato de manifiesto de seguimiento a la notificación a eventos de interés en Salud Pública en USR rurales, con la debida gestión e investigación epidemiológica de campo.	15/02/2019	Desde la Subgerencia y la Dirección del Riesgo en salud se realizó socialización de los nuevos Protocolos del INE a los profesionales de la atención epidemiológica, y se encuentran publicados en repositorio de Gestión del Riesgo. Documentos asistidos en el formato de manifiesto de seguimiento a la notificación a eventos de interés en Salud Pública en USR rurales, con la debida gestión e investigación epidemiológica de campo.	Se recomienda continuar con el despliegue y socialización de los protocolos INE							

IDENTIFICACION					PLAN DE ADMINISTRACION DEL RIESGO										FASES DE SEGUIMIENTO														
No	PROCESO	SUBPROCESO	RIESGO	FUENTE DE RIESGO	TIPOLOGIA	ACCIONES A IMPLEMENTAR	INDICADOR (relacione indicadores ya existentes en el proceso que se correlacionen con el riesgo identificado, en caso de no existir rebusque un solo indicador asociado al objetivo del proceso)	PRIMER ORDEN: AUTOCONTROL A CARGO DEL LIDER DEL PROCESO: FRECUENCIA TRIMESTRAL				SEGUNDO ORDEN/SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA SEMESTRAL				CONSEJO ANUAL				SEGUNDO ORDEN/SUBPROCESO GERENCIA DEL RIESGO: FRECUENCIA ANUAL									
								Responsible de reportar el % de cumplimiento del indicador y las acciones propuestas con evidencias de cumplimiento. Realizar seguimiento sobre los riesgos potenciales y materializados identificados y verificar la aplicacion y eficacia de los controles dentro de su proceso.				Responsible de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el Autocontrol, realizar la evaluacion del desempeño de la gestion, y reportar a la Alta Direccion los resultados consolidados.				Responsible de verificar las evidencias de cumplimiento reportadas por el Autocontrol, realizar la evaluacion del desempeño de la gestion, y reportar a la Alta Direccion los resultados consolidados.													
								PRIMER TRIMESTRE		SEGUNDO TRIMESTRE		TERCER TRIMESTRE		CUARTO TRIMESTRE		EVALUACION PRIMER SEMESTRE 2019		EVALUACION SEGUNDO SEMESTRE 2019		UNIDAD DONDE SE PRESENTO		BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS		RIESGO MATERIALIZADO		ANALISIS DE GESTION DEL RIESGO		FECHA	
FECHA	RIESGO MATERIALIZADO (SI/NO)	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	FECHA	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS	UNIDAD DONDE SE PRESENTO	BARRERAS DE SEGURIDAD IMPLEMENTADAS	RIESGO MATERIALIZADO	ANALISIS DE GESTION DEL RIESGO	FECHA	RESULTADO EVALUACION DE RIESGOS	RECOMENDACION							
84	MANEJO DE NECESIDAD ES Y EXPECTATIVAS IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD	PLANIFICACION EN SALUD	RIESGO EN SALUD	EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Operativos	1. Capacitar en procedimiento de facturación de servicios ambulatorios con énfasis en asignación de citas a especialistas de asignación de citas. 2. Realizar mantenimiento al sistema de asignación de citas. 3. Implementar estrategias internas para cumplir con la asignación de citas prioritarias solicitadas por los usuarios.	Oportunidad en asignación citas MG, Enfermería y OD. No. Sumatoria total de los días calendario facturados entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica / Numero total de consultas médicas generales asignadas en consulta externa en la institución (Mensual) / (Anual)	07/04/2018	NO	15/07/2018	NO	08/10/2018	NO	11/02/2019	NO	21/07/2018	NO	Se confirma información reportada por autocontrol. Las evidencias reposan en facturación y sistemas en referencia a mantenimiento del sistema.	12/02/2019	NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soporte que reposan en Sistemas de Información. Riesgo NO MATERIALIZADO producto de la actividad de los controles implementados.	N.A.	N.A.	NO	Como estrategia para evitar la materialización de los riesgos y el cumplimiento de los indicadores se capacita al personal de facturación, agentes Call Center (CONECTA) y auxiliar de programación de citas en el procedimiento de asignación de citas de los servicios ambulatorios. Se realiza seguimiento para registrar las citas médicas asignadas y asignar citas prioritarias cuando los pacientes cancelan.	15/02/2019	Como estrategia para evitar la materialización de los riesgos y el cumplimiento de los indicadores se capacita al personal de facturación, agentes Call Center (CONECTA) y auxiliar de programación de citas en el procedimiento de asignación de citas de los servicios ambulatorios. Se realiza seguimiento para registrar las citas médicas asignadas y asignar citas prioritarias cuando los pacientes cancelan.	Se recomienda continuar fortaleciendo el proceso de recordación de las citas médicas, adicionalmente se recomienda documentarlo.	
85	MANEJO DE NECESIDAD ES Y EXPECTATIVAS IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD	PLANIFICACION EN SALUD	RIESGO EN SALUD	EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Personas	Seguimiento al usuario	1. Identificar las alteraciones cognitivas de los pacientes en el ingreso. 2. Identificar pacientes con deterioro de la marcha al equilibrio y caídas. 3. Ayudar a la identificación de pacientes inestables con comportamiento riesgoso. 4. Evaluar eventos adversos de caídas en ambulatorio.	No de Eventos adversos por caídas en US\$ ambulatorios	07/04/2018	NO	15/07/2018	NO	22/11/2018	NO	11/02/2019	NO	21/07/2018	NO	Se confirma información reportada por autocontrol. Las evidencias reposan en facturación y sistemas en referencia a mantenimiento del sistema.	12/02/2019	NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soporte que reposan en Sistemas de Información. Riesgo NO MATERIALIZADO producto de la actividad de los controles implementados.	N.A.	N.A.	NO	Con el despliegue de la política de humanización la entidad ha trabajado en la continua sensibilización al personal administrativo y asistencial de la subred en la identificación de pacientes al ingreso con problemas de movilidad para apoyar en los desplazamientos en la institución.	15/02/2019	Con el despliegue de la política de humanización la entidad ha trabajado en la continua sensibilización al personal administrativo y asistencial de la subred en la identificación de pacientes al ingreso con problemas de movilidad para apoyar en los desplazamientos en la institución.	Se recomienda dar continuidad a las actividades para mitigar la materialización de este hallazgo.
86	MANEJO DE NECESIDAD ES Y EXPECTATIVAS IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD	PLANIFICACION EN SALUD	RIESGO EN SALUD	EJECUCION DE ALTERNATIVAS PARA EL CUIDADO Y EVALUACION DEL IMPACTO	Procesos	Operativos	1. Normalizar y actualizar los correctos procedimientos de paciente equivocado. 2. Evaluar la adecuada identificación de pacientes en los servicios con acciones de mejora a lugar según resultados.	Eventos adversos por atención a paciente equivocado	15/04/2018	NO	15/07/2018	NO	22/11/2018	NO	11/02/2019	NO	21/07/2018	NO	Se confirma información reportada por autocontrol. Las evidencias reposan en facturación y sistemas en referencia a mantenimiento del sistema.	12/02/2019	NO	Se CONFIRMA información reportada por el autocontrol con verificación de soporte que reposan en Sistemas de Información. Riesgo NO MATERIALIZADO producto de la actividad de los controles implementados.	N.A.	N.A.	NO	Desde el programa de seguridad del paciente, se trabaja en la práctica segura de identificación de pacientes se definen los correctos para identificación, los cuales se socializan y se verifican adecuada aplicación de identificación de los pacientes al ingreso de la consulta.	15/02/2019	Desde el programa de seguridad del paciente, se trabaja en la práctica segura de identificación de pacientes se definen los correctos para identificación, los cuales se socializan y se verifican adecuada aplicación de identificación de los pacientes al ingreso de la consulta.	Continuar con la práctica segura de identificación de pacientes y se definen los correctos para identificación, los cuales se socializan y se verifican adecuada aplicación de identificación de los pacientes al ingreso de la consulta.
87	GESTION ADMINISTRATIVA	Tecnología Biomédica	Daño de equipo secundario a su traslado en Ruralidad por condiciones inadecuadas y/o interferencia a la institución	Externo	Tecnología	1. Documentar el manual de tecnología que incluye el proceso de traslado de equipos en Zona Rural, gestionando tramite de normalización. 2. Socializar el Manual de tecnología a colaboradores de Ruralidad que intervienen en traslado de equipo.	% equipos biomédicos con reporte de daño asociado a traslado en ruralidad (total de reportes de daños de equipos por traslado a zona rural recibidos / total de reportes de equipos) (semestral)	07/04/2018	NO	15/07/2018	NO	08/10/2018	NO	31/01/2019	NO	15/07/2018	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol mediante verificación del registro "Seguimiento al reporte y mantenimiento correctivo de equipos médicos" que reposa en custodia de área Biomédica.	08/02/2019	NO	En el Manual de Gestión de Tecnología (documento preliminar) continua en proceso de actualización y fortalecimiento, se estructura para abarcar todos los temas del ciclo de gestión de la tecnología. En proceso de tramite de normalización.	N.A.	NA	NO	Daño de equipo secundario a su traslado en Ruralidad por condiciones inadecuadas y/o interferencia a la institución	febrero de 2019	La subred cuenta con los procedimientos establecidos para mitigar el daño que se pueda presentar con los equipos de las unidades rurales.	Se recomienda priorizar la reparación y reposición de los equipos de la ruralidad.	
88	GESTION ADMINISTRATIVA	Tecnología Biomédica	Responsabilidad en la respuesta ante reporte de fallos de tecnología en US\$ rurales asociado a condiciones geográficas	Externo	Tecnología	1. Documentar en el Manual de Tecnología el índice de obsolescencia de equipos donde se deben reflejar las condiciones particulares de la ruralidad. 2. Evaluar el tiempo de respuesta ante reportes de fallos de tecnología en ruralidad.	numero de equipos fuera de servicio en US\$ rurales / por tiempo prolongado	07/04/2018	NO	15/07/2018	SI	08/10/2018	NO	31/01/2019	NO	15/07/2018	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol mediante verificación del registro "Seguimiento al reporte y mantenimiento correctivo de equipos médicos" que reposa en custodia de área Biomédica.	08/02/2019	NO	Se encuentra en actualización herramienta de evaluación de tecnología, donde se evalúa el índice de obsolescencia, el cual se ejecuta de manera progresiva, dando prioridad a las unidades de ruralidad y los CAPS.	N.A.	N.A.	NO	Responsabilidad en la respuesta ante reporte de fallos de tecnología en US\$ Rurales asociado a condiciones geográficas	febrero de 2019	Se encuentra en actualización herramienta de evaluación de tecnología, donde se evalúa el índice de obsolescencia, el cual se ejecuta de manera progresiva, dando prioridad a las unidades de ruralidad y los CAPS.	Se continúa dando respuesta a fallos presentados con los equipos, se cuenta con correctivos de mantenimiento.	
89	GESTION ADMINISTRATIVA	Tecnología Biomédica	Deterioro de la tecnología por condiciones particulares de las unidades externas en US\$ Rurales	Externo	Tecnología	1. Documentar en el Manual de Tecnología el índice de obsolescencia de equipos donde se deben reflejar las condiciones particulares de la ruralidad. 2. Inspeccionar los equipos de medición de ruralidad, en áreas críticas para el almacenamiento de equipos biomédicos. 3. Capacitar al personal asistencial sobre el manejo de termogrametrías y almacenamiento de equipos médicos.	Inventario Obsoleto/valor del inventario obsoleto / 100 / valor total de inventario para las áreas rurales	07/04/2018	NO	15/07/2018	NO	08/10/2018	SI	31/01/2019	NO	15/07/2018	NO	Se confirma información reportada por el autocontrol mediante verificación del registro "CUADRO CONTROL EQUIPO BIOMEDICO" que reposa en custodia de área Biomédica. Riesgo No materializado producto de controles implementados.	08/02/2019	NO	Se incluye en el cronograma de capacitaciones 2019, el manejo de los termogrametrías y termogrametrías.	N.A.	NA	SI	Deterioro de la tecnología por condiciones ambientales externas en US\$ Rurales	febrero de 2019	Se incluye en el cronograma de capacitaciones 2019, el manejo de los termogrametrías y termogrametrías.	Se continúa dando respuesta a fallos presentados con los equipos, se cuenta con correctivos de mantenimiento.	