

IDENTIFICACION DEL RIESGO					VALORACION DEL RIESGO DE GESTION												ADMINISTRACION DEL RIESGO																				
PROCESO / OBJETIVO	REFERENCIA	IMPACTO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAZ	RIESGO DE GESTION	CLASIFICACION RIESGO	ANALISIS DEL RIESGO						VALORACION DEL RIESGO						INDICADOR	PLAN DE ACCION	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACION	FECHA DE TERMINACION	SEGUIMIENTO	ESTADO												
							RIESGO INHERENTE			ZONA DEL RIESGO INHERENTE			DESCRIPCION DEL CONTROL	AFECTACION			ATRIBUTOS									IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL	TRATAMIENTO									
							FRECUENCIA	PROBABILIDAD INHERENTE	%	IMPACTO INHERENTE	%	No. CONTROL		PROBABILIDAD	IMPACTO	TIPO	IMPLEMENTACION	DOCUMENTACION											FRECUENCIA	EVIDENCIA	PROBABILIDAD RESIDUAL (2)	PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	%				
GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO OBJETIVO: Formular, implementar, realizar seguimiento y evaluar Plan de Gestión, Plan de Desarrollo, Plan Anticorrupción y planes de inversión de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, como una herramienta de Gestión Gerencial generada al interior de la empresa y cuya divulgación y promoción permite el cumplimiento de la misión y la visión facilitando la toma de decisiones para cumplir con los objetivos estratégicos que espera alcanzar la institución.	31-FG	Financiero, pérdida de imagen y destitución del representante legal	falta de monitoreo por parte de los líderes responsables.	fuentes primarias no confiables. Información oportuna Deficiencia de la información para la toma de decisiones	Posibilidad de pérdida Financiera, de imagen y destitución del representante legal por falta de por parte de los líderes responsables al presentar información de fuentes no confiables, inoportuna y deficientes por pérdida de indicadores de gestión, incumpliendo la normatividad establecida.	Ejecución y administración de procesos	68	Moderado	60%	Catastrófico	100%	Extremo	1	La profesional apoyo al Plan de Acción del Plan de Desarrollo realizará seguimiento trimestral y asistencia técnica a los líderes de proceso al cumplimiento del plan de desarrollo, a su vez la profesional especializada de Planeación realizará consolidación de los resultados del seguimiento realizado por el líder responsable de la medición de cada indicador.	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	36.6%	Baja	21.6%	Catastrófico	60%	Extremo	REDUCIR	Número de seguimientos realizados al plan de desarrollo en la vigencia objeto de evaluación. Número de seguimientos realizados al plan de gestión del gerente en la vigencia objeto de evaluación.	Seguimiento al cumplimiento del plan de desarrollo a través de matriz de Excel. Seguimiento de los indicadores de gestión a través de fichas técnicas de indicadores.	Líder de Gestión Planeación y Dirección Estratégica con apoyo de Profesionales de apoyo al proceso.	enero 01 de 2021 abril 01 de 2021 Julio 01 de 2021 octubre 01 de 2022	mayo 15 de 2021 noviembre 15 de 2021 febrero 15 de 2022			
							1	Los profesionales de la Oficina de Planeación reportarán al Jefe de oficina de Planeación los resultados de la medición de cada indicador para la toma de decisiones.	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	21.6%	Baja	7.2%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	Número de Documento PAAC realizado y publicado en el tiempo establecido por la norma vigente.	El equipo de Gestión Planeación y Dirección Estratégico realizará asesoría, consulta a la ciudadanía y funcionarios para la actualización del documento " Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC" socializado y publicado en página WEB de la institución antes de 31 de enero.	Líder de Gestión Planeación y Dirección Estratégico con apoyo de Profesionales	01-ene-21	31-ene-21									
GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO OBJETIVO: Formular, implementar, realizar seguimiento y evaluar Plan de Gestión, Plan de Desarrollo, Plan Anticorrupción y planes de inversión de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, como una herramienta de Gestión Gerencial generada al interior de la empresa y cuya divulgación y promoción permite el cumplimiento de la misión y la visión facilitando la toma de decisiones para cumplir con los objetivos estratégicos que espera alcanzar la institución.	32-FG	Afectación disciplinarias, administrativas y económica.	Sanción y/o multa del ente de control.	Incumplimiento de la realización del plan Anticorrupción y de atención al ciudadano Institucional para la vigencia y reporte en el tiempo establecido por la norma vigente.	Posibilidad de afectación disciplinarias, administrativas y sanción económica por organismos de control debido al incumplimiento en la realización del plan Anticorrupción y de atención al ciudadano para la vigencia y reporte en el tiempo establecido por la norma vigente.	Ejecución y administración de procesos	1	Muy bajo	20%	Mayor	80%	Alto	1	El profesional apoyo al proceso del PAAC asesora a todos los líderes de procesos en la construcción del mapa de riesgos de corrupción, aplica encuestas a la ciudadanía y funcionarios para la construcción y consolidación de todos los componentes del PAAC.	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Alatoria	Con Registro	12.6%	Muy bajo	7.2%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	Número de Documento PAAC realizado y publicado en el tiempo establecido por la norma vigente.	El equipo de Gestión Planeación y Dirección Estratégico realizará asesoría, consulta a la ciudadanía y funcionarios para la actualización del documento " Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC" socializado y publicado en página WEB de la institución antes de 31 de enero.	Líder de Gestión Planeación y Dirección Estratégico con apoyo de Profesionales	01-ene-21	31-ene-21			
							2	El Jefe de la Oficina de Planeación revisa el PAAC y lleva al comité de CIGD para la aprobación y realiza publicación en la página web a 31 de enero de cada vigencia.	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Alatoria	Con Registro	7.2%	Muy bajo	14.0%	Moderado	60%	Moderado	REDUCIR	Número de acciones cumplidas / total de acciones programadas en el periodo objeto de medición.	El equipo de Gestión Planeación y Dirección Estratégico realizará seguimiento trimestral al cumplimiento del plan de trabajo de MIPG	Líder de Gestión Planeación y Dirección Estratégico con apoyo de Profesionales Especializados de Planeación	enero 01 de 2021 Julio 01 de 2021 octubre 01 de 2022	mayo 15 de 2021 noviembre 15 de 2021 febrero 15 de 2022									
GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO OBJETIVO: Formular, implementar, realizar seguimiento y evaluar Plan de Gestión, Plan de Desarrollo, Plan Anticorrupción y planes de inversión de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, como una herramienta de Gestión Gerencial generada al interior de la empresa y cuya divulgación y promoción permite el cumplimiento de la misión y la visión facilitando la toma de decisiones para cumplir con los objetivos estratégicos que espera alcanzar la institución.	33-FG	Incumplimiento al indicador 3 de gestión y medición en el FURAG.	Información inoportuna de las acciones del Plan de Trabajo de MIPG.	Falta de monitoreo y deficiencia de la información de la implementación de las políticas de MIPG por parte de los líderes políticos.	Incumplimiento al indicador 3 de gestión y medición en el FURAG por información inoportuna de las acciones del Plan de Trabajo de MIPG por falta de monitoreo que conlleva a la deficiencia en la implementación de las políticas de MIPG por parte de los líderes políticos.	Ejecución y administración de procesos	12	Baja	40%	Moderado	60%	Moderado	1	La profesional Especializada de planeación realiza monitoreo mensual al cumplimiento de las acciones establecidas en el plan de trabajo de MIPG del periodo establecido.	X	-	Preventivo	Manual	50%	Documentado	Continua	Con Registro	20.0%	Muy bajo	14.0%	Moderado	60%	Moderado	REDUCIR	Número de acciones cumplidas / total de acciones programadas en el periodo objeto de medición.	El equipo de Gestión Planeación y Dirección Estratégico realizará seguimiento trimestral al cumplimiento del plan de trabajo de MIPG	Líder de Gestión Planeación y Dirección Estratégico con apoyo de Profesionales Especializados de Planeación	enero 01 de 2021 Julio 01 de 2021 octubre 01 de 2022	mayo 15 de 2021 noviembre 15 de 2021 febrero 15 de 2022			
							2	El Jefe de la Oficina de Planeación junto con la profesional Especializada de planeación realizan seguimiento del Plan de trabajo de MIPG de forma trimestral a través del comité CIGD.	X	-	Defectivo	Manual	30%	Documentado	Continua	Con Registro	14.0%	Muy bajo	25.2%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	(Número de publicaciones realizadas/ numero de publicaciones programadas) x 100%	Actualizar procedimiento de publicaciones página web donde se incluya el formato de matriz registro de publicaciones el cual se debe actualizar y ser incluido en el sistema de gestión de calidad	Líder de Gestión Planeación y Dirección Estratégico con apoyo de Profesionales de comunicaciones	03-may-21	30-jun-21									
GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO OBJETIVO: Formular, implementar, realizar seguimiento y evaluar Plan de Gestión, Plan de Desarrollo, Plan Anticorrupción y planes de inversión de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, como una herramienta de Gestión Gerencial generada al interior de la empresa y cuya divulgación y promoción permite el cumplimiento de la misión y la visión facilitando la toma de decisiones para cumplir con los objetivos estratégicos que espera alcanzar la institución.	34-FG	Sanciones económicas, disciplinarias.	Desinformación a los grupos de valor	Envío Inoportuno del líder en la publicación en Página web institucional.	posibilidad de sanciones económicas, disciplinarias por envío Inoportuno del líder en la información para publicación en Página web institucional generando desinformación en los grupos de valor.	Ejecución y administración de procesos	120	Moderado	60%	Mayor	80%	Alto	1	El líder de comunicaciones envía un correo recordando la importancia de las publicaciones a tiempo en las fechas establecidas de acuerdo a la matriz de registro de publicaciones	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	36.0%	Baja	25.2%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	Número de publicaciones realizadas/ numero de publicaciones programadas) x 100%	Actualizar procedimiento de publicaciones página web donde se incluya el formato de matriz registro de publicaciones el cual se debe actualizar y ser incluido en el sistema de gestión de calidad	Líder de Gestión Planeación y Dirección Estratégico con apoyo de Profesionales de comunicaciones	03-may-21	30-jun-21			
							2	El jefe de la oficina asesora de planeación presenta de forma trimestral informe de seguimiento a las publicaciones verificadas con el formato matriz de registro de publicaciones al CIGD	X	-	Defectivo	Manual	30%	Documentado	Continua	Con Registro	25.2%	Muy bajo	6.0%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	Número de proyectos de inversión y convenios registrados en el inventario Documental de la E.S.E ISABU/ Número de proyectos y convenios de Inversión ejecutados en la E.S.E ISABU *100	Registrar los proyectos y convenios en el Archivo documental de la institución	Líder de Gestión Planeación y Dirección Estratégico	01-ene-21	31-dic-21									
GESTION DE PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO OBJETIVO: Formular, implementar, realizar seguimiento y evaluar Plan de Gestión, Plan de Desarrollo, Plan Anticorrupción y planes de inversión de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU, como una herramienta de Gestión Gerencial generada al interior de la empresa y cuya divulgación y promoción permite el cumplimiento de la misión y la visión facilitando la toma de decisiones para cumplir con los objetivos estratégicos que espera alcanzar la institución.	35-FG	Rechazo de proyectos de inversión. Reprocesos por pérdida de historico de proyectos de inversión y convenios para la generación de antecedentes y justificación en nuevos necesidades. Daño Fiscal	falta de un inventario documental de proyectos de inversión y convenios que permitan generar las necesidades a futuro	no se encuentra registrado en el inventario documental el historico de los proyectos inversión y convenios de inversión de la institución	Rechazo de proyectos de inversión y Reprocesos por pérdida de historicos en proyectos de inversión y convenios para la generación de antecedentes y justificación en nuevos necesidades debido a que no se cuenta con un registro en el inventario documental de la institución	Ejecución y administración de procesos	2	Muy bajo	20%	Mayor	80%	Alto	1	El jefe de la oficina de Planeación junto con el profesional apoyo a la oficina de planeación custodiarán las memorias digitales en la carpeta de la red interna de los proyectos y convenios de inversión realizados por la ESE ISABU.	X	-	Preventivo	Manual	40%	Sin Documentar	Alatoria	Sin Registro	12.0%	Muy bajo	6.0%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	Número de proyectos de inversión y convenios registrados en el inventario Documental de la E.S.E ISABU/ Número de proyectos y convenios de Inversión ejecutados en la E.S.E ISABU *100	Registrar los proyectos y convenios en el Archivo documental de la institución	Líder de Gestión Planeación y Dirección Estratégico	01-ene-21	31-dic-21			
							2	El profesional especializado de sistemas generará copias de seguridad en línea al realizar el almacenamiento en una unidad de red compartida diseñada específicamente para este propósito.	X	-	Preventivo	Automático	50%	Sin Documentar	Continua	Sin Registro	6.0%	Muy bajo	25.2%	Catastrófico	100%	Extremo	REDUCIR	Tasa de caídas Infecciones Eventos adversos relacionados con medicamentos	Sensibilizar al personal en el reporte voluntario del evento adverso, medir, analizar y hacer seguimiento de los eventos adversos presentados a través del Comité de infecciones	Profesional de seguridad del paciente	15-mar-21	30-dic-21									
GESTION CALIDAD OBJETIVO: Asegurar la implementación y funcionamiento del sistema de gestión de calidad y del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud buscando satisfacer las necesidades y expectativas de las partes interesadas.	36-FG	Daño y/o muerte económica	por incremento en eventos adversos durante la prestación del servicio pérdida económica	Incumplimiento en las barreras de seguridad definidas por la entidad, por recarga de trabajo, servicios, nuevos, falta de equipos	Posibilidad de daño y/o muerte del paciente por incremento en eventos adversos durante la prestación del servicio, pérdida económica por sanción o multa del ente de control, debido al incumplimiento en las barreras de seguridad definidas por la entidad, por recarga de trabajo, servicios, nuevos, falta de equipos en la ESE ISABU	Ejecución y administración de procesos	470	Moderado	60%	Catastrófico	100%	Extremo	1	El profesional de seguridad del paciente realizará rondas de seguridad del paciente de acuerdo a cronograma establecido para la vigencia en los servicios priorizados	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	36.0%	Baja	25.2%	Catastrófico	100%	Extremo	REDUCIR	Tasa de caídas Infecciones Eventos adversos relacionados con medicamentos	Sensibilizar al personal en el reporte voluntario del evento adverso, medir, analizar y hacer seguimiento de los eventos adversos presentados a través del Comité de infecciones	Profesional de seguridad del paciente	15-mar-21	30-dic-21			
							2	El profesional de seguridad del paciente mide y consolida los indicadores de seguridad del paciente y se realiza análisis en el Comité integrador de seguridad del paciente e Infecciones y se generan planes de mejoramiento los cuales se les hace el respectivo seguimiento desde el programa de seguridad del paciente.	X	-	Defectivo	Manual	30%	Documentado	Continua	Con Registro	25.2%	Muy bajo	14.4%	Extremo	100%	Extremo	REDUCIR	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento de la calidad: total de oportunidades de mejoramiento ejecutadas/total de oportunidades de mejoramiento programadas	Realizar los tres seguimientos al cumplimiento de las oportunidades de mejoramiento Pamec planeadas para cada uno de los procesos priorizados.	Profesional Especializado Calidad	15-jul-21	15-ene-21									
GESTION CALIDAD OBJETIVO: Asegurar la implementación y funcionamiento del sistema de gestión de calidad y del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud buscando satisfacer las necesidades y expectativas de las partes interesadas.	37-FG	Pérdidas económicas, pérdida de imagen	por sanción del ente control	pérdida del indicador 2 efectividad en la implementación del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad pamec	Posibilidad de pérdida económica, pérdida de imagen, por sanción del ente regulador debido al incumplimiento en el indicador 2, efectividad en la implementación del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad pamec	Ejecución y administración de procesos	7	Baja	40%	Catastrófico	100%	Extremo	1	El profesional de la oficina de calidad realizará seguimiento mensual a las oportunidades de mejoramiento que se consideran de difícil cumplimiento de acuerdo a una revisión realizada con el jefe de la oficina de calidad	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	24.0%	Baja	14.4%	Catastrófico	100%	Extremo	REDUCIR	Efectividad en la auditoria para el mejoramiento de la calidad: total de oportunidades de mejoramiento ejecutadas/total de oportunidades de mejoramiento programadas	Realizar los tres seguimientos al cumplimiento de las oportunidades de mejoramiento Pamec planeadas para cada uno de los procesos priorizados.	Profesional Especializado Calidad	15-jul-21	15-ene-21			
							2	El profesional de calidad encargado de la implementación del Pamec realizará tres seguimientos a los líderes del proceso responsables de plan de acción Pamec y a través de los grupos primarios los líderes presentarán los avances del cumplimiento al Pamec.	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	14.4%	Muy bajo	7.2%	Extremo	100%	Extremo	REDUCIR	Total de servicios autoevaluados/Total de servicios habilitados	Garantizar autoevaluación a la totalidad de los servicios habilitados en el Reps antes del 31 de agosto 2021	Jefe Oficina de Calidad Subgerencia Administrativa	01-jun-21	31-ago-21									
GESTION CALIDAD OBJETIVO: Asegurar la implementación y funcionamiento del sistema de gestión de calidad y del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud buscando satisfacer las necesidades y expectativas de las partes interesadas.	38-FG	Afectación económica Pérdida de imagen Cierre de servicios	Multas y sanción del ente regulador	debido al no reporte en la plataforma reps de la nueva autoevaluación ni portafolio de servicios de acuerdo a la normatividad vigente por falta de personal contratado para realizar esta función en la ESE ISABU	Posibilidad de afectación económica, pérdida de imagen, cierre de servicios debido al no reporte en la plataforma reps de la nueva autoevaluación ni portafolio de servicios de acuerdo a la normatividad vigente por falta de personal contratado para realizar esta función en la ESE ISABU	Ejecución y administración de procesos	2	Muy bajo	20%	Catastrófico	100%	Extremo	1	Realizar diagnóstico en los 22 centros de salud y unidades hospitalarias antes del 31 de agosto de 2021 aplicando lista de chequeo de acuerdo a resolución 3100 de 2019	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	12.0%	Muy bajo	7.2%	Catastrófico	100%	Extremo	REDUCIR	Total de servicios autoevaluados/Total de servicios habilitados	Garantizar autoevaluación a la totalidad de los servicios habilitados en el Reps antes del 31 de agosto 2021	Jefe Oficina de Calidad Subgerencia Administrativa	01-jun-21	31-ago-21			
							2	Realizar autoevaluación de la resolución 3100 y actualización del portafolio de servicios en la plataforma reps antes del 31 de agosto de 2021	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	7.2%	Muy bajo	14.4%	Extremo	100%	Extremo	REDUCIR	Total de servicios autoevaluados/Total de servicios habilitados	Garantizar autoevaluación a la totalidad de los servicios habilitados en el Reps antes del 31 de agosto 2021	Jefe Oficina de Calidad Subgerencia Administrativa	01-jun-21	31-ago-21									

<p>GESTIÓN CALIDAD OBJETIVO: Asegurar la implementación y funcionamiento del sistema de gestión de calidad y del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud buscando satisfacer las necesidades y expectativas de las partes interesadas.</p>	39%G	Pérdida de imagen, pérdida de contratos por parte de las eps, sanciones administrativas	Multa y sanción del ente regulador	no realización de la autoevaluación y actualización del portafolio en la plataforma reps	Pérdida de imagen, pérdida de contratos por parte de las eps, sanciones administrativas, por multa y sanción del ente de control debido a la no realización de la autoevaluación y actualización del portafolio en la plataforma reps de acuerdo a la resolución 3100 del 2019	Ejecución y administración de procesos	2	Muy bajo	20%	Catastrófico	100%	Extremo	1 El profesional asignado a habilitación, realizará un cronograma de auditoría interna para la verificación de cumplimiento de la resolución 3100 en todas las sedes y servicios de la ESE ISABU	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	12,0%	Muy bajo	7,2%	Catastrófico	100%	Extremo	REDUCIR	Total de servicios cumpliendo / Total de servicios habilitados	Realizar auditoría de cumplimiento de estándares de habilitación de acuerdo a cronograma, generar plan de mejoramiento derivado de los hallazgos encontrados y realizar seguimiento al cumplimiento	Jefe Oficina de Calidad	1 jun de 2021	31-ago-21	
<p>GESTIÓN CALIDAD OBJETIVO: Asegurar la implementación y funcionamiento del sistema de gestión de calidad y del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud buscando satisfacer las necesidades y expectativas de las partes interesadas.</p>	40%G	Afectación de imagen Pérdida económica	Sanción del ente regulador	resultado no confiable de indicadores de calidad, Base de datos inexactas, falta de automatización de informes	Posibilidad de Afectación de imagen, pérdida económica, por sanción del ente regulador, debido a resultado no confiable de indicadores de calidad, falta de base de datos inexactos, falta de automatización de informes en la ESE ISABU	Ejecución y administración de procesos	15	Bajo	40%	Mayor	80%	Alto	1 El jefe de la oficina de calidad solicitará a la oficina de sistemas que se habilite un generador de informes para los indicadores de calidad normativos	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	24,0%	Muy bajo	14,4%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	Tablero de indicadores de calidad	Realizar revisión de los resultados de indicadores de calidad a reportar de manera trimestral en Comité CIGD antes de ser cargados al ente de control	Comité CIGD	30-abr-21	20-ene-22	
<p>GESTIÓN CALIDAD, SUBPROCESO GESTION AMBIENTAL: OBJETIVO: Asegurar la implementación y funcionamiento del sistema de gestión de calidad y del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud buscando satisfacer las necesidades y expectativas de las partes interesadas.</p>	41%G	Posibilidad de pérdida económica	sanción y/o multa del ente de control, aumento del pesaje de los residuos biológicos	inadecuada segregación de residuos	Posibilidad de pérdida económica, por sanción o multa del ente de control, aumento del pesaje de los residuos biológicos, debido a inadecuada segregación de residuos por parte del personal asistencial	Ejecución y administración de procesos	7296	Muy Alto	100%	Catastrófico	100%	Extremo	1 La Ingenuera ambiental realiza capacitación y evaluación continua al personal de acuerdo a cronograma de capacitación y teniendo en cuenta los servicios más algidos, retroalimentación por parte de la jefe el servicio a todo personal asistencial mínimo semestralmente o cada vez que ingrese personal nuevo al servicio o centro de salud, a través de un video que se instalará en los computadores de los servicios y centros de salud	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	60,0%	Bajo	36,0%	Catastrófico	100%	Extremo	REDUCIR	Numero de colaboradores capacitados/Total de colaboradores de la institución en el mismo periodo X 100	Implementar estrategias de capacitación y evaluación en adecuada segregación de residuos al personal asistencial y administrativo Realizar auditorías de verificación del cumplimiento de la adecuada segregación de residuos en los centros de salud y las unidades hospitalarias	Ingenuera ambiental	01-jun-21	30-dic-21	
<p>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO OBJETIVO: Garantizar personal competente que permita desarrollar correctamente los planes institucionales, estableciendo un Programa de Gestión Humana encaminada a elevar el nivel y la calidad de vida de todos sus colaboradores.</p>	42%G	Pérdida de imagen Afectación disciplinaria	Sanción del organismo de control	incumplimiento del plan institucional de capacitación	Posibilidad de pérdida de imagen y afectación disciplinaria, por sanción del organismo de control debido a incumplimiento del plan institucional de capacitación en la ESE ISABU	Usuarios, productos y prácticas	13	Bajo	40%	Mayor	80%	Alto	1 El profesional de talento humano consolidará y proyectará el cronograma anual de capacitaciones en el mes de enero, de acuerdo a las necesidades de capacitación de las diferentes áreas .	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	24,0%	Muy bajo	16,8%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	Numero de seguimientos realizados/numero de seguimientos programados X 100%	Consolidar el cronograma institucional de capacitaciones Realizar el seguimiento al cumplimiento de este cronograma de manera mensual	Profesional de talento humano	4/01/2021 09/04/2021	31/01/2021 04/01/2022	
<p>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO OBJETIVO: Garantizar personal competente que permita desarrollar correctamente los planes institucionales, estableciendo un Programa de Gestión Humana encaminada a elevar el nivel y la calidad de vida de todos sus colaboradores.</p>	43%G	Pérdida económica	Negación de reconocimiento de incapacidades	Incumplimiento a requisitos de reconocimiento de incapacidades	Posibilidad de afectación económica, por el no recobro del total de las incapacidades debido al no cumplimiento a los requisitos exigidos por las diferentes EPS	Ejecución y administración de procesos	30	Mediano	60%	Mayor	80%	Alto	1 El profesional de nomina expedirá comunicación en la cual se expongan los documentos requeridos para el recobro de las incapacidades de EPS	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Aleatoria	Con Registro	36,0%	Bajo	25,2%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	Numero de incapacidades registradas / Numero de incapacidades recobradas	Generar comunicación sobre incapacidades Crear cuadro de seguimiento y realizar el debido control Mensual	Profesional de talento humano / profesional nomina	31/07/2021 01/01/2021	30/08/2021 31/12/2021	
<p>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO OBJETIVO: Garantizar personal competente que permita desarrollar correctamente los planes institucionales, estableciendo un Programa de Gestión Humana encaminada a elevar el nivel y la calidad de vida de todos sus colaboradores.</p>	44%G	Pérdida de imagen y reputación	Sanciones de entes reguladores o demandas	Incumplimiento de estándares mínimos de SGSST	Posibilidad de pérdida de imagen y económica por sanciones de entes de control y reclamación de los involucrados debido a el incumplimiento de los estándares mínimos de SGSST	Ejecución y administración de procesos	62	Mediano	60%	Mayor	80%	Alto	1 El profesional de SST realizará un cronograma y lista de verificación para dar cumplimiento al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Aleatoria	Con Registro	36,0%	Bajo	25,2%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	Numerp de acciones programadas / Numero de acciones ejecutadas	Generar cronograma de trabajo SST Reporte de auditoria interna	Profesional de talento humano / profesional SST	4/01/2021 09/04/2021	31/01/2021 04/01/2022	
<p>GESTION ATENCION AL USUARIO OBJETIVO: Garantizar la solución o respuesta oportuna, eficiente y eficaz a las necesidades de los usuarios con respecto a la solicitud de servicios, información, peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de interés general o particular, tomando como punto de referencia la satisfacción del usuario, como un indicador de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que presta la ESE ISABU en concordancia con su misión.</p>	45%G	Afectación económica, disciplinaria, legal, de imagen	sanción del ente regulador y/o de control, demanda	no dar respuesta oportuna a las peticiones, quejas, reclamos en los terminos de ley	Posibilidad de afectación económica, disciplinaria, legal, de imagen, por sanción del ente regulador y/o de control, demandas debido a no dar respuesta oportuna a las peticiones, quejas, reclamos en los terminos de ley en la ESE ISABU	Usuarios, productos y prácticas	519	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	1 El profesional de atención al usuario realiza seguimiento diario al modulo de panacea de pqrs revisando las alertas que el modulo genera, así mismo realiza seguimiento y consolidación mensual de las pqrs.	X	-	Preventivo	Automático	50%	Documentado	Continua	Con Registro	40,0%	Bajo	24,0%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	Porcentaje de pqrs resueltas antes de los 8 días	Dar respuesta oportuna a las pqrs realizando seguimiento diario al modulo de pqrs y realizar informe trimestral de pqrs	Profesional ISABU	02-mar-21	10-ene-22	
<p>ATENCION AMBULATORIOS OBJETIVO: Brindar la atención oportuna, humanizada, pertinente y segura a los usuarios que demandan los servicios de consulta de Promoción y Prevención, General (Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología y Nutrición), Especializada, dando cumplimiento a los requisitos de Ley, del Cliente y de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU.</p>	46%G	Pérdida económica Pérdida imagen No cumplimiento de la misión institucional	por multa o sanción del ente regulador	Inoportunidad en la asignación de citas de medicina general y odontología por extensión en los tiempos de consulta para dar cumplimiento en la normatividad vigente que genera aumento en la insistencia	Posibilidad de pérdida económica, pérdida de imagen, no cumplimiento de la misión institucional, por multa o sanción del ente regulador debido a inoportunidad en la asignación de citas de medicina general y odontología por extensión en los tiempos de consulta para dar cumplimiento en la normatividad vigente.	Ejecución y administración de procesos	291603	Muy Alto	100%	Catastrófico	100%	Extremo	1 Las Directoras de zona realizan revisión de los indicadores de oportunidad de medicina general y odontología de manera semanal y mensual la oficina de calidad reporta la oportunidad, que permita definir un plan acción para mejoramiento del indicador	X	-	Detectivo	Manual	30%	Documentado	Continua	Con Registro	70,0%	Baja	42,0%	Catastrófico	100%	Extremo	REDUCIR	Porcentaje de inasistentes	Realizar una revisión a panacea que facilite el agendamiento por parte de higienistas, odontólogos y enfermeras Realizar capacitación de manera conjunta facturación y sistemas al personal asistencial que va a facturar (higienistas, odontólogos, enfermeras)	Oficina de sistemas, líder de facturación, Directores técnicos	01-jun-21	30-dic-21	
<p>ATENCION AMBULATORIOS OBJETIVO: Brindar la atención oportuna, humanizada, pertinente y segura a los usuarios que demandan los servicios de consulta de Promoción y Prevención, General (Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología y Nutrición), Especializada, dando cumplimiento a los requisitos de Ley, del Cliente y de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU.</p>	47%G	pérdida económica afectación de la imagen secuelas físicas o psicológicas leve o grave del paciente	demanda penal, glosa de la EPS, sanción del ente regulador	incumplimiento en las barreras de seguridad definidas por la entidad	Posibilidad de pérdida económica, afectación de la imagen, secuelas físicas o psicológicas leve o grave del paciente, por demanda penal, glosa de la EPS, sanción del ente regulador debido al incumplimiento en las barreras de seguridad definidas por la ESE ISABU	Ejecución y administración de procesos	470	Mediano	60%	Catastrófico	100%	Extremo	1 Las jefes de los centros de salud participan activamente en las capacitaciones programadas por seguridad del paciente	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	36,0%	Bajo	21,6%	Catastrófico	100%	Extremo	REDUCIR	Capacitaciones ejecutadas/Capacitaciones programadas	Las Jefes de los centros de salud de manera bimensual generaran estrategias de sensibilización, capacitación y evaluación a todo el personal del centro de salud en el programa de seguridad del paciente y reporte de eventos adversos	Jefes centros de salud Directores técnicos	1 jun de 2021	30-dic-21	

<p>ATENCIÓN AMBULATORIOS OBJETIVO: Brindar la atención oportuna, humanizada, pertinente y segura a los usuarios que demandan los servicios de consulta de Promoción y Prevención, General (Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología y Nutrición). Especializada, dando cumplimiento a los requisitos de Ley, del Cliente y de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU.</p>	<p>48%G Perdida económica Perdida imagen No cumplimiento de la misión institucional</p>	<p>Sanción del ente regulador y glosas por parte de las EAPB</p>	<p>Imposibilidad de recursos tecnológicos para las operaciones misionales, que nos garanticen la ejecución del uso eficiente de los recursos tecnológicos de punta.</p>	<p>Posibilidad de pérdida económica, pérdida de imagen, no cumplimiento de la misión institucional, por multa o sanción del ente regulador debido a inoportunidad en la asignación de citas por Herramientas tecnológicas poco robustas</p>	<p>Fallas tecnológicas</p>	<p>365</p>	<p>Alta</p>	<p>80%</p>	<p>Catastrófico</p>	<p>80%</p>	<p>Alto</p>	<p>1 La oficina asesora de planeación garantizará un plan efectivo de SISTEMAS DE INFORMACIÓN para las operaciones misionales del ISABU. 2 La oficina asesora de planeación ejecutará el Plan estratégico de tecnología de la información y las comunicaciones</p>	<p>-</p>	<p>X</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>40%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Continua</p>	<p>Con Registro</p>	<p>48,6%</p>	<p>Mayor</p>	<p>80%</p>	<p>REDUCIR</p>	<p>N/A</p>	<p>Las Directoras técnicas realizarán de manera semestral una reunión con el Jefe de Planeación, facturación y la oficina de sistemas para proponer y ejecutar ajustes al software panacea que facilite y mejore el tema de agendamiento de citas</p>	<p>Directoras Técnicas</p>	<p>1 jun de 2021</p>	<p>30-dic-21</p>
<p>ATENCIÓN AMBULATORIOS OBJETIVO: Brindar la atención oportuna, humanizada, pertinente y segura a los usuarios que demandan los servicios de consulta de Promoción y Prevención, General (Medicina, Odontología, Enfermería, Psicología y Nutrición). Especializada, dando cumplimiento a los requisitos de Ley, del Cliente y de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU.</p>	<p>48%G Perdida económica Perdida imagen No cumplimiento de la misión institucional</p>	<p>Sanción del ente regulador y glosas por parte de las EAPB</p>	<p>Incumplimiento en las metas de la Ruta de Mantenimiento y Promoción de la Salud (RMPS)</p>	<p>Posibilidad de pérdida económica, pérdida de imagen, no cumplimiento de la misión institucional, por multa o sanción del ente regulador debido a no cumplimiento de las metas de la ruta de mantenimiento y promoción de la salud (RMPS)</p>	<p>Ejecución y administración de procesos</p>	<p>500</p>	<p>Moderado</p>	<p>60%</p>	<p>Moderado</p>	<p>60%</p>	<p>Moderado</p>	<p>1 Directoras técnicas y Coordinadora de Promoción y Prevención Organizarán jornadas de PpP, según el ciclo de vida. 2 Directoras técnicas, Coordinadora de Promoción y Prevención y jefes de enfermería. Deben hacer seguimiento semanal al cumplimiento de las actividades programadas a desarrollar de acuerdo a los diferentes ciclos de vida.</p>	<p>X</p>	<p>-</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>40%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Continua</p>	<p>Con Registro</p>	<p>36,6%</p>	<p>Mayor</p>	<p>60%</p>	<p>REDUCIR</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento de metas PpP</p>	<p>Directoras técnicas, Coordinadora de Promoción y Prevención y jefes de enfermería</p>	<p>1jun de 2021</p>	<p>30-dic-21</p>	
<p>GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS OBJETIVO: Ofrecer un servicio oportuno, seguro y con calidez que permita brindar una atención integral en salud a los usuarios que acceden al servicio de urgencias del HOSPITAL LOCAL DEL NORTE HLN según nivel de complejidad, minimizando los riesgos potenciales que se puedan derivar de este ciclo asistencial</p>	<p>50%G perdida de imagen, afectación económica, pérdida de habilitación</p>	<p>sanción del ente regulador</p>	<p>Incumplimiento en la normatividad vigente de habilitación</p>	<p>Perdida de imagen, afectación económica, pérdida de habilitación por sanción del ente regulador debido al incumplimiento en la normatividad vigente de habilitación en el servicio de urgencias de la ESE ISABU</p>	<p>Ejecución y administración de procesos</p>	<p>4</p>	<p>Baja</p>	<p>40%</p>	<p>Catastrófico</p>	<p>100%</p>	<p>Extremo</p>	<p>1 La oficina de calidad Capacitará al líder del servicio y su equipo de trabajo en la normatividad vigente de habilitación dos veces al año 2 El líder del servicio con el apoyo de la oficina de calidad Aplica lista de chequeo de normatividad de habilitación dos veces al año</p>	<p>X</p>	<p>-</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>40%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Continua</p>	<p>Con Registro</p>	<p>24,9%</p>	<p>Baja</p>	<p>16,8%</p>	<p>Catastrófico</p>	<p>N/A</p>	<p>Jefe Yulisa Profesional Calidad</p>	<p>01-jun-21</p>	<p>30-nov-21</p>	
<p>GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS OBJETIVO: Ofrecer un servicio oportuno, seguro y con calidez que permita brindar una atención integral en salud a los usuarios que acceden al servicio de urgencias del HOSPITAL LOCAL DEL NORTE HLN según nivel de complejidad, minimizando los riesgos potenciales que se puedan derivar de este ciclo asistencial</p>	<p>51%G perdida económica afectación de la imagen secuelas físicas o psicológicas leve o grave del paciente</p>	<p>demanda penal, glosa de la EPS, sanción del ente regulador</p>	<p>incumplimiento en las barreras de seguridad definidas por la entidad</p>	<p>Posibilidad de pérdida económica, afectación de la imagen, por secuelas físicas o psicológicas leve o grave del paciente, demanda penal, glosa de la EPS, sanción del ente regulador debido al incumplimiento en las barreras de seguridad definidas por la ESE ISABU</p>	<p>Ejecución y administración de procesos</p>	<p>50</p>	<p>Moderado</p>	<p>60%</p>	<p>Catastrófico</p>	<p>100%</p>	<p>Extremo</p>	<p>1 El personal del servicio de urgencias participa activamente en las capacitaciones programadas por seguridad del paciente 2 Las jefes de los centros de salud de manera bimensual capacitan al personal en el programa de seguridad del paciente y en el reporte de eventos adversos en el software panacea</p>	<p>X</p>	<p>-</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>40%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Continua</p>	<p>Con Registro</p>	<p>36,6%</p>	<p>Moderado</p>	<p>21,6%</p>	<p>Catastrófico</p>	<p>N/A</p>	<p>Coordinación de urgencias</p>	<p>44348</p>	<p>44560</p>	
<p>GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS OBJETIVO: Ofrecer un servicio oportuno, seguro y con calidez que permita brindar una atención integral en salud a los usuarios que acceden al servicio de urgencias del HOSPITAL LOCAL DEL NORTE HLN según nivel de complejidad, minimizando los riesgos potenciales que se puedan derivar de este ciclo asistencial</p>	<p>52%G Afectación de imagen, afectación de la salud física y psicológica del usuario</p>	<p>demora en la atención inicial de urgencias</p>	<p>desconocimiento y falta de adherencia al protocolo de atención triage</p>	<p>Posibilidad de afectación de imagen, afectación en la salud física y psicológica del usuario por demora en la atención inicial de urgencias debido a desconocimiento y falta de adherencia al protocolo de atención en triage de acuerdo a la normatividad vigente en la ESE ISABU</p>	<p>Ejecución y administración de procesos</p>	<p>365</p>	<p>Moderado</p>	<p>60%</p>	<p>Mayor</p>	<p>86%</p>	<p>Alto</p>	<p>1 Capacitar al personal encargado del triage sobre la Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social 2 La coordinadora del servicio evalúa mediante lista de chequeo la adherencia al protocolo institucional de Triage por parte personal encargado de la clasificación</p>	<p>X</p>	<p>-</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>40%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Continua</p>	<p>Con Registro</p>	<p>36,6%</p>	<p>Moderado</p>	<p>25,2%</p>	<p>Mayor</p>	<p>N/A</p>	<p>Coordinación de urgencias</p>	<p>44348</p>	<p>44560</p>	
<p>GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS OBJETIVO: Ofrecer un servicio oportuno, seguro y con calidez que permita brindar una atención integral en salud a los usuarios que acceden al servicio de urgencias del HOSPITAL LOCAL DEL NORTE HLN según nivel de complejidad, minimizando los riesgos potenciales que se puedan derivar de este ciclo asistencial</p>	<p>53%G Perdida económica, pérdida de imagen</p>	<p>demanda penal, sanción o multa del ente de control</p>	<p>Falta de adherencia a los protocolos y procedimientos del servicio de urgencias</p>	<p>Posibilidad de pérdida económica, pérdida de imagen por demanda penal, sanción o multa del ente de control debido a falta de adherencia a los protocolos y procedimientos del servicio de urgencias de la ESE ISABU</p>	<p>Ejecución y administración de procesos</p>	<p>150</p>	<p>Moderado</p>	<p>60%</p>	<p>Catastrófico</p>	<p>100%</p>	<p>Extremo</p>	<p>1 Realizar seguimiento y control de la accesibilidad y la resolutiveidad del servicio 2 Verificar el uso adecuado de los recursos (personal administrativo y asistencial, disponibilidad de citas, técnico, tecnológico) y la pertinencia de las remisiones y autorizaciones.</p>	<p>X</p>	<p>-</p>	<p>Defectivo</p>	<p>Manual</p>	<p>30%</p>	<p>Sin Documentar</p>	<p>Continua</p>	<p>Con Registro</p>	<p>42,0%</p>	<p>Moderado</p>	<p>29,4%</p>	<p>Catastrófico</p>	<p>N/A</p>	<p>Coordinador Médico</p>	<p>01-jun-21</p>	<p>30-dic-21</p>	
<p>GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS OBJETIVO: Ofrecer un servicio oportuno, seguro y con calidez que permita brindar una atención integral en salud a los usuarios que acceden al servicio de urgencias del HOSPITAL LOCAL DEL NORTE HLN según nivel de complejidad, minimizando los riesgos potenciales que se puedan derivar de este ciclo asistencial</p>	<p>54%G Perdida económica Afectación de la imagen</p>	<p>multa o sanción del ente de control, afectación de la salud y/o muerte de un usuario</p>	<p>incumplimiento del protocolo de administración segura de medicamentos</p>	<p>Posibilidad de pérdida económica, afectación de la imagen, por multa o sanción del ente de control, afectación de la salud y/o muerte de un usuario debido al incumplimiento en el protocolo de administración segura de medicamentos en el servicio de urgencias de la ESE ISABU</p>	<p>Ejecución y administración de procesos</p>	<p>12</p>	<p>Baja</p>	<p>40%</p>	<p>Catastrófico</p>	<p>100%</p>	<p>Extremo</p>	<p>1 El programa de seguridad del paciente realiza inducción y reinducción del protocolo de administración segura de medicamentos al personal asistencial 2 El programa de seguridad del paciente evalúa al personal encargado de la administración de medicamentos mediante lista de chequeo</p>	<p>X</p>	<p>-</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>40%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Continua</p>	<p>Con Registro</p>	<p>24,0%</p>	<p>Baja</p>	<p>16,8%</p>	<p>Catastrófico</p>	<p>N/A</p>	<p>Coordinación de urgencias</p>	<p>01-jun-21</p>	<p>30-dic-21</p>	
<p>GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS OBJETIVO: Ofrecer un servicio oportuno, seguro y con calidez que permita brindar una atención integral en salud a los usuarios que acceden al servicio de urgencias del HOSPITAL LOCAL DEL NORTE HLN según nivel de complejidad, minimizando los riesgos potenciales que se puedan derivar de este ciclo asistencial</p>	<p>55%G Agresión al personal de salud</p>	<p>Deficit de personal de vigilancia,</p>	<p>falta de educación del usuario en derechos y deberes y en el proceso de urgencias</p>	<p>Posibilidad de agresión al personal de salud por déficit del sistema de vigilancia debido a falta de educación del usuario en derechos y deberes y en el proceso de urgencias en la ESE ISABU</p>	<p>Usuarios, productos y prácticas</p>	<p>400</p>	<p>Moderado</p>	<p>60%</p>	<p>Mayor</p>	<p>86%</p>	<p>Alto</p>	<p>1 Brindar educación a los usuarios respecto a los derechos y deberes que tienen dentro de la institución 2 Socialización al personal del servicio sobre el protocolo de sujeción, con el objetivo de minimizar el riesgo de agresión</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>40%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Continua</p>	<p>Con Registro</p>	<p>36,0%</p>	<p>Moderado</p>	<p>21,6%</p>	<p>Mayor</p>	<p>N/A</p>	<p>Personal asistencial</p>	<p>01-jun-21</p>	<p>30-dic-21</p>	
<p>GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS OBJETIVO: Ofrecer un servicio oportuno, seguro y con calidez que permita brindar una atención integral en salud a los usuarios que acceden al servicio de urgencias del HOSPITAL LOCAL DEL NORTE HLN según nivel de complejidad, minimizando los riesgos potenciales que se puedan derivar de este ciclo asistencial</p>	<p>56%G Perdida económica</p>	<p>multa o sanción del ente de control, sobrecostos, daño en los equipos biomédicos</p>	<p>Falta de capacitación del personal en el manejo seguro de los equipos biomédicos, no cumplimiento del cronograma de mantenimiento de los equipos en la ESE ISABU</p>	<p>Posibilidad de pérdida económica, por multa o sanción del ente de control, sobrecostos, por daño en los equipos biomédicos, debido a falta de capacitación al personal en el manejo seguro de los equipos biomédicos y no cumplimiento del cronograma de mantenimiento de los equipos en la ESE ISABU</p>	<p>Fallas tecnológicas</p>	<p>200</p>	<p>Moderado</p>	<p>60%</p>	<p>Moderado</p>	<p>66%</p>	<p>Moderado</p>	<p>1 Realizar periódicamente mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos con el fin de mitigar daños y costos 2 Evaluación al personal asistencial sobre el uso correcto de equipos biomédicos, mediante lista de chequeo</p>	<p>X</p>	<p>-</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>40%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Continua</p>	<p>Con Registro</p>	<p>36,0%</p>	<p>Moderado</p>	<p>25,2%</p>	<p>Moderado</p>	<p>N/A</p>	<p>Ingeniera Biomédica</p>	<p>01-jun-21</p>	<p>30-dic-21</p>	

<p>GESTIÓN ATENCIÓN DE URGENCIAS OBJETIVO: Ofrecer un servicio oportuno, seguro y con calidad que permita brindar una atención integral en salud a los usuarios que acceden al servicio de urgencias del HOSPITAL LOCAL DEL NORTE HLN según nivel de complejidad, minimizando los riesgos potenciales que se puedan derivar de este ciclo asistencial</p>	<p>57476</p> <p>Perdida económica, afectación de la salud y/o muerte del usuario</p> <p>demandas o sanciones del ente de control, ingreso del paciente por el mismo diagnóstico antes de las 72 horas al servicio de urgencias</p> <p>Falta de adherencia a los protocolos y procedimientos del servicio de urgencias. Falta de información clara al usuario al momento del egreso</p> <p>Posibilidad de pérdida económica, por demandas o sanciones del ente de control, afectación de la salud y/o muerte del usuario por ingreso del paciente por el mismo diagnóstico antes de las 72 horas al servicio de urgencias. Falta de adherencia a las guías y protocolos de atención, falta de información clara al usuario al momento del egreso</p> <p>Usuarios, productos y prácticas</p> <p>100</p> <p>Mediocrante</p> <p>60%</p> <p>Mayor</p> <p>80%</p> <p>Alto</p>	<p>1</p> <p>Capacitación continua al personal médico de las principales causas de consulta e urgencias para unificar criterios y ajustarse a las guías y protocolos del ministerio.</p> <p>X</p> <p>-</p> <p>Preventivo</p> <p>Manual</p> <p>40%</p> <p>Documentado</p> <p>Continua</p> <p>Con Registro</p> <p>36,0%</p>	<p>2</p> <p>Retroalimentar toda la auditoría de las historias clínicas en reuniones conjuntas con todo el personal médico.</p> <p>X</p> <p>-</p> <p>Preventivo</p> <p>Manual</p> <p>30%</p> <p>Documentado</p> <p>Continua</p> <p>Con Registro</p> <p>25,2%</p> <p>Mediocrante</p> <p>25,2%</p> <p>Mayor</p> <p>80%</p> <p>Alto</p>	<p>1</p> <p>El médico del servicio de UCI brinda información diaria al familiar a cargo del paciente sobre el estado y las condiciones actuales del mismo de una manera clara, sencilla y entendible, a través de llamada telefónica, se deja registro de esta en la historia clínica del paciente</p> <p>X</p> <p>-</p> <p>Preventivo</p> <p>Manual</p> <p>40%</p> <p>Documentado</p> <p>Continua</p> <p>Con Registro</p> <p>48,0%</p> <p>Baja</p> <p>28,8%</p> <p>Mayor</p> <p>80%</p> <p>Alto</p>	<p>2</p> <p>El jefe del servicio educa al familiar sobre el proceso de información del estado del paciente al momento del ingreso del paciente a UCI, se deja registro en planilla de ingreso al servicio de UCI.</p> <p>X</p> <p>-</p> <p>Preventivo</p> <p>Manual</p> <p>40%</p> <p>Documentado</p> <p>Continua</p> <p>Con Registro</p> <p>28,8%</p> <p>Baja</p> <p>28,8%</p> <p>Mayor</p> <p>80%</p> <p>Alto</p>	<p>1</p> <p>La Jefe de consulta Externa a través de un drive compartido con salas de cirugía reportará diariamente los pacientes con orden de cirugía para realizar el respectivo seguimiento</p> <p>X</p> <p>-</p> <p>Preventivo</p> <p>Manual</p> <p>40%</p> <p>Documentado</p> <p>Continua</p> <p>Con Registro</p> <p>48,0%</p> <p>Baja</p> <p>28,8%</p> <p>Mayor</p> <p>80%</p> <p>Alto</p>	<p>2</p> <p>La jefe de cirugía realiza seguimiento diario telefónico a los pacientes con orden de cirugía registrados en el drive de consulta externa con el fin de captar los pacientes y agilizar el proceso de programación quirúrgica</p> <p>X</p> <p>-</p> <p>Preventivo</p> <p>Manual</p> <p>40%</p> <p>Documentado</p> <p>Continua</p> <p>Con Registro</p> <p>28,8%</p> <p>Baja</p> <p>28,8%</p> <p>Mayor</p> <p>80%</p> <p>Alto</p>	<p>1</p> <p>La líder de proceso de enfermería y sala de partos realizan seguimiento y control diario del correcto diligenciamiento de los formatos por el equipo de enfermería al ingreso y egreso de cada turno de los equipos biomédicos, insumos medicocirúrgicos y medicamentos.</p> <p>X</p> <p>-</p> <p>Preventivo</p> <p>Manual</p> <p>40%</p> <p>Documentado</p> <p>Continua</p> <p>Con Registro</p> <p>36,0%</p> <p>Baja</p> <p>27,0%</p> <p>Catastrófico</p> <p>100%</p> <p>Extremo</p>	<p>2</p> <p>La líder de proceso de enfermería y sala de partos realizarán las medidas correctivas referente al no diligenciamiento de los formatos por el equipo de enfermería al ingreso y egreso de cada turno de los equipos biomédicos, insumos medicocirúrgicos</p> <p>-</p> <p>X</p> <p>Correctivo</p> <p>Manual</p> <p>25%</p> <p>Documentado</p> <p>Continua</p> <p>Con Registro</p> <p>27,0%</p> <p>Baja</p> <p>27,0%</p> <p>Catastrófico</p> <p>100%</p> <p>Extremo</p>	<p>1</p> <p>La regente de farmacia realiza una proyección mensual de las necesidades de insumos y medicamentos de acuerdo al comportamiento histórico de los últimos cuatro meses y con un seguimiento quincenal al consumo</p> <p>X</p> <p>-</p> <p>Preventivo</p> <p>Manual</p> <p>40%</p> <p>Documentado</p> <p>Continua</p> <p>Con Registro</p> <p>36,0%</p> <p>Baja</p> <p>21,6%</p> <p>Catastrófico</p> <p>100%</p> <p>Extremo</p>	<p>2</p> <p>La regente de farmacia ante el desabastecimiento de medicamentos e insumos a nivel nacional informa al coordinador de la UCI y ofrece el portafolio de alternativas de reemplazo del insumo o medicamentos, esto se realiza de manera mensual y con seguimiento quincenal.</p> <p>X</p> <p>-</p> <p>Preventivo</p> <p>Manual</p> <p>40%</p> <p>Documentado</p> <p>Continua</p> <p>Con Registro</p> <p>21,6%</p> <p>Baja</p> <p>21,6%</p> <p>Catastrófico</p> <p>100%</p> <p>Extremo</p>	<p>1</p> <p>La líder de apoyo terapéutico verifica semanalmente mediante planilla entrega de EPP y en caso de no entrega notificación inmediata.</p> <p>X</p> <p>-</p> <p>Preventivo</p> <p>Manual</p> <p>40%</p> <p>Documentado</p> <p>Continua</p> <p>Con Registro</p> <p>36,0%</p> <p>Baja</p> <p>21,6%</p> <p>Mayor</p> <p>80%</p> <p>Alto</p>	<p>2</p> <p>verificar cumplimiento de uso de EPP del profesional mediante lista de chequeo, en visita aleatoria a los centros de atención</p> <p>X</p> <p>-</p> <p>Preventivo</p> <p>Manual</p> <p>40%</p> <p>Documentado</p> <p>Aleatoria</p> <p>Con Registro</p> <p>21,6%</p> <p>Baja</p> <p>21,6%</p> <p>Mayor</p> <p>80%</p> <p>Alto</p>	<p>1</p> <p>El profesional de laboratorio clínico aplica una lista de chequeo para verificación de solicitud de cedula en el momento del ingreso del paciente al sistema semanalmente</p> <p>X</p> <p>-</p> <p>Preventivo</p> <p>Manual</p> <p>40%</p> <p>Documentado</p> <p>Continua</p> <p>Con Registro</p> <p>60,0%</p> <p>Baja</p> <p>36,0%</p> <p>Catastrófico</p> <p>100%</p> <p>Extremo</p>	<p>2</p> <p>La coordinadora de laboratorio realiza retroalimentación, sensibilización y evaluación al personal durante los grupos primarios sobre la importancia de cumplir con el procedimiento de toma de muestras</p> <p>X</p> <p>-</p> <p>Preventivo</p> <p>Manual</p> <p>40%</p> <p>Documentado</p> <p>Continua</p> <p>Con Registro</p> <p>36,0%</p> <p>Baja</p> <p>36,0%</p> <p>Catastrófico</p> <p>100%</p> <p>Extremo</p>	<p>1</p> <p>El área biomédica garantizará la celebración de los contratos de mantenimiento anuales de los equipos radiológicos, incluyendo cronograma de visitas de mantenimiento preventivo trimestral y/o cuatrimestral, dejando como evidencias reporte formal de cada visita realizada firmada por el líder del área de radiología, garantizando así su realización cumplimiento.</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>X</p> <p>Preventivo</p> <p>Manual</p> <p>40%</p> <p>Documentado</p> <p>Continua</p> <p>Con Registro</p> <p>60,0%</p> <p>Baja</p> <p>45,0%</p> <p>Catastrófico</p> <p>100%</p> <p>Extremo</p>	<p>2</p> <p>El área de biomédica solicitará la visita de mantenimiento correctivo a la empresa contratante del equipo reportado por el líder de área de imagenología, dejando como evidencias reporte formal de la visita realizada, firmada por el líder del área garantizando así, su cumplimiento y ejecución.</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>Correctivo</p> <p>Manual</p> <p>25%</p> <p>Documentado</p> <p>Aleatoria</p> <p>Con Registro</p> <p>45,0%</p> <p>Baja</p> <p>45,0%</p> <p>Catastrófico</p> <p>100%</p> <p>Extremo</p>	<p>1</p> <p>el auxiliar de enfermería del área de vigilancia verificar semanal y mensual los diagnósticos publicados en el sistema de información garantizando la notificación de los eventos de salud pública.</p> <p>X</p> <p>-</p> <p>Preventivo</p> <p>Manual</p> <p>40%</p> <p>Documentado</p> <p>Continua</p> <p>Con Registro</p> <p>24,0%</p> <p>Baja</p> <p>14,4%</p> <p>Mediocrante</p> <p>80%</p> <p>Alto</p>	<p>2</p> <p>el auxiliar de enfermería del área de vigilancia epidemiológica realizará las búsquedas activas institucionales en los RIPS registros individuales de prestación de servicios para detectar posibles eventos de interés de salud pública en la ESE ISABU.</p> <p>X</p> <p>-</p> <p>Preventivo</p> <p>Manual</p> <p>40%</p> <p>Documentado</p> <p>Continua</p> <p>Con Registro</p> <p>14,4%</p> <p>Baja</p> <p>14,4%</p> <p>Mediocrante</p> <p>80%</p> <p>Alto</p>	<p>N/A</p> <p>Capacitación y evaluación de las guías de atención de acuerdo a las primeras causas de atención</p> <p>Coordinador Médico</p> <p>01-jun-21</p> <p>30-dic-21</p>	<p>Numero de llamadas a familiares de pacientes de UCI/Numero de pacientes hospitalizados en UCI</p> <p>Documentar el procedimiento de información y educación brindada al familiar del paciente que ingreso al servicio de UCI, socializar y evaluar con todo el personal de UCI</p> <p>Jefe del Servicio Profesional de Calidad</p> <p>01-jun-21</p> <p>30-jul-21</p>	<p>Total de pacientes programados para cirugía/ Total de pacientes con orden de cirugía</p> <p>Realizar seguimiento diario a los pacientes con orden de cirugía con el fin de captar y agilizar la programación quirúrgica y mejorar la oportunidad</p> <p>Jefe de Consulta Externa Jefe de Cirugía</p> <p>15-jun-21</p> <p>31-dic-21</p>	<p>Total de registros diligenciados. Total de registros diligenciados correctamente</p> <p>realizar y verificar el Correcto diligenciamiento de los formatos por el equipo de enfermería al ingreso y egreso de cada turno de los equipos biomédicos, insumos medicocirúrgicos y medicamento</p> <p>líder de proceso de cirugía y sala de partos</p> <p>15-jun-21</p> <p>31-dic-21</p>	<p>Numero total productos recibidos/Numero total productos solicitados</p> <p>Determinar las necesidades de insumos y medicamentos para la UCI de manera mensual de acuerdo al promedio histórico de 4 meses y notificar al Coordinador de UCI cada vez que se presente desabastecimiento de un insumo y medicamento y ofrecer el portafolio de alternativas para su reemplazo</p> <p>Regente de farmacia</p> <p>11-may-21</p> <p>30-dic-21</p>	<p>Porcentaje de personal adherido al protocolo de bioseguridad total personal evaluado</p> <p>Revisar semanalmente que se cumpla las entregas de EPP al personal asistencial de Rehabilitación, mediante planilla de registro de entrega de EPP)</p> <p>En visitas aleatorias verificar el cumplimiento del protocolo de uso de EPP de los profesionales del servicio de Rehabilitación mediante lista de chequeo.</p> <p>líder del Proceso</p> <p>11-may-21</p> <p>30-dic-21</p>	<p>Total Usuarios mal identificados /Total de Usuarios atendidos X100</p> <p>1. Aplicar lista de chequeo F-2007-13 diariamente 2. Realizar medición del indicador de identificación incorrecta de usuarios 3. Realizar sensibilización, retroalimentación y evaluación de procedimiento de toma de muestras en grupos primarios</p> <p>Coordinador de laboratorio clínico</p> <p>01-jun-21</p> <p>31-dic-21</p>	<p>(N° de asistencias correctivas por año/ N° de días del año) *100</p> <p>El profesional del área de imagenología realizará seguimiento del cumplimiento del cronograma de preventivo de los equipos y realizará el reporte de incumplimiento para la notificación respectiva al proveedor que corresponda.</p> <p>Profesional de imagenología</p> <p>01-ene-21</p> <p>31-dic-21</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento en la notificación de la ESE ISABU a la Secretaría de Salud y Ambiente de Bucaramanga.</p> <p>Verificar semanal y mensualmente los diagnósticos publicados en el sistema de información garantizando la notificación de los eventos de salud pública.</p> <p>Líder de proceso de Gestión de Salud Pública</p> <p>01-ene-21</p> <p>31-dic-21</p>
--	---	--	---	--	---	---	---	---	---	--	---	--	--	--	---	---	--	---	---	---	---	---	--	---	--	---	---	---

<p>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA OBJETIVO: Prestar servicios de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad de manera individual y colectiva, fomentando el autocuidado y detección oportuna de los signos de alarma, como mecanismos para mejoramiento del estado de salud de los usuarios, su entorno familiar, comunitario, y del medio ambiente, mediante la adherencia en los momentos del curso de vida definidos en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), Mantenimiento y Promoción de la Salud, Grupos de Riesgo y Atenciones Específicas, que permitan el cumplimiento de las acciones definidas, de conformidad con los requisitos de la población objeto contratada por la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU.</p>	<p>66-RG</p>	<p>Afectación reputacional- disciplinaria</p>	<p>Sanciones por orgánicos de control y disciplinarias por las demoras de las acciones de vigilancia y control a corde con el protocolo del evento de notificación obligatoria por falta de identificación del evento de salud pública desde la consulta médica en la ESE ISABU.</p>	<p>No identificación del 100% de los eventos de interés de salud pública en el área asistencial.</p>	<p>Posibilidad de afectación reputacional, disciplinaria por las demoras de las acciones de vigilancia y control a corde con el protocolo del evento de notificación obligatoria por no de identificación del 100% evento de salud pública desde la consulta médica en la ESE ISABU</p>	<p>Ejecución y administración de procesos</p>	<p>5</p>	<p>Bajo</p>	<p>40%</p>	<p>Mayor</p>	<p>80%</p>	<p>Alto</p>	<p>1 El auxiliar de enfermería del área de vigilancia verificar semanal y mensual los diagnósticos publicados en el sistema de información garantizando la notificación de los eventos de salud pública.</p> <p>2 El auxiliar de enfermería del área de vigilancia epidemiológica realizará las burocracias actividades institucionales en los RIPS registros individuales de prestación de servicios para detectar posibles eventos de interés de salud pública en la ESE ISABU.</p>	<p>X</p>	<p>-</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>40%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Continua</p>	<p>Con Registro</p>	<p>24,0%</p>	<p>Muy bajo</p>	<p>14,4%</p>	<p>Moderado</p>	<p>80%</p>	<p>Alto</p>	<p>REDUCIR</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento en la notificación de la ESE ISABU a la Secretaría de Salud y Ambiente de Bucaramanga.</p>	<p>Verificar semanal y mensualmente los diagnósticos publicados en el sistema de información garantizando la notificación de los eventos de salud pública.</p>	<p>Líder de proceso de Gestión de Salud Pública</p>	<p>01-ene-21</p>	<p>31-dic-21</p>
<p>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA OBJETIVO: Prestar servicios de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad de manera individual y colectiva, fomentando el autocuidado y detección oportuna de los signos de alarma, como mecanismos para mejoramiento del estado de salud de los usuarios, su entorno familiar, comunitario, y del medio ambiente, mediante la adherencia en los momentos del curso de vida definidos en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), Mantenimiento y Promoción de la Salud, Grupos de Riesgo y Atenciones Específicas, que permitan el cumplimiento de las acciones definidas, de conformidad con los requisitos de la población objeto contratada por la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU.</p>	<p>67-RG</p>	<p>Pérdida del biológico Afectación reputacional</p>	<p>Multa o sanción por parte del ente de control</p>	<p>Falta de adherencia a los protocolos de manejo de cadena de frío</p>	<p>Pérdida económica, por multa o sanción por parte del ente de control Afectación reputacional, pérdida del biológico, debido a falta de adherencia a los protocolos de manejo de la cadena de frío en la ESE ISABU</p>	<p>Ejecución y administración de procesos</p>	<p>676</p>	<p>Alta</p>	<p>80%</p>	<p>Catastrófico</p>	<p>100%</p>	<p>Extremo</p>	<p>1 La coordinadora PAI realiza capacitación de acuerdo a cronograma establecido y evaluación a todo el personal de vacunación en el manejo de la cadena de frío y plan de contingencia, incluyendo personal de esquema regular y vacunación Covid-19</p> <p>2 La Coordinadora PAI realiza auditoría aleatoria de acuerdo a los centros de salud priorizados, de manera mensual, al control de la cadena de frío, a través de aplicación de lista de chequeo y genera un informe de análisis de los resultados</p>	<p>X</p>	<p>-</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>40%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Continua</p>	<p>Con Registro</p>	<p>48,0%</p>	<p>Baja</p>	<p>28,8%</p>	<p>Catastrófico</p>	<p>100%</p>	<p>Extremo</p>	<p>REDUCIR</p>	<p>Total de centros de salud con cumplimiento de la cadena de frío/Total de centros de salud revisados</p>	<p>Realizar capacitación y evaluación al personal de vacunación incluyendo esquema regular y vacunación covid-19, de acuerdo a cronograma establecido, medir adherencia a través de auditorías mensuales a los centros de salud priorizados y generar un análisis del resultado de estas auditorías.</p>	<p>Coordinadora PAI</p>	<p>02-jun-21</p>	<p>30-dic-21</p>
<p>GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA OBJETIVO: Prestar servicios de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad de manera individual y colectiva, fomentando el autocuidado y detección oportuna de los signos de alarma, como mecanismos para mejoramiento del estado de salud de los usuarios, su entorno familiar, comunitario, y del medio ambiente, mediante la adherencia en los momentos del curso de vida definidos en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), Mantenimiento y Promoción de la Salud, Grupos de Riesgo y Atenciones Específicas, que permitan el cumplimiento de las acciones definidas, de conformidad con los requisitos de la población objeto contratada por la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU.</p>	<p>68-RG</p>	<p>Pérdidas económicas para institución Insatisfacción del cliente externo</p>	<p>Glosas por parte EPS y sanciones por entes territorial por el no cumplimiento</p>	<p>Falta de adherencia a la Resolución 3280 del 2018 del promoción y mantenimiento de salud y maternidad perinatal</p>	<p>Pérdida económica por incumplimiento a las estimaciones programadas por eps para ejecución durante el periodo la insatisfacción del cliente externo debido a la falta de adherencia a la resolución 3280 del 2018 en la ESE ISABU</p>	<p>Ejecución y administración de procesos</p>	<p>26</p>	<p>Moderado</p>	<p>60%</p>	<p>Catastrófico</p>	<p>100%</p>	<p>Extremo</p>	<p>1 La coordinadora de Promoción y prevención realiza seguimiento las actividades realizadas mensualmente por rps y por eps de los cumplimiento.</p> <p>2 Coordinar desde la coordinación de promoción y prevención capacitaciones de ruta de 3280 del 2018 de promoción y mantenimiento de la salud y ruta materno perinatal con prees y postes.</p>	<p>X</p>	<p>-</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>40%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Continua</p>	<p>Con Registro</p>	<p>36,0%</p>	<p>Baja</p>	<p>21,6%</p>	<p>Catastrófico</p>	<p>100%</p>	<p>Extremo</p>	<p>REDUCIR</p>	<p>Total de actividades ejecutadas durante el periodo:2021 / total de actividades estimadas para periodo 2021</p>	<p>Realizar seguimientos mensual y análisis a las estimaciones entregadas por las eps para para dar cumplimiento y realizar capacitaciones de adherencia a la implementación de la resolución de la 3280 del 2018 en referente ruta de promoción y mantenimiento de salud y ruta materno perinatal.</p>	<p>Coordinadora de promoción y prevención</p>	<p>02-jun-21</p>	<p>30-dic-21</p>
<p>GESTIÓN FINANCIERA. SUBPROCESO CONTABILIDAD OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contractuales en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución</p>	<p>69-RG</p>	<p>Pérdida Económica</p>	<p>sanción de las entidades administradoras de impuestos</p>	<p>Entrega inoportuna reactividad de la información</p>	<p>Posibilidad de pérdida económica por multa y/o sanción de las entidades administradoras de impuestos debido a entrega inoportuna de informes o inexactitud de la información</p>	<p>Ejecución y administración de procesos</p>	<p>25</p>	<p>Moderado</p>	<p>60%</p>	<p>Mayor</p>	<p>80%</p>	<p>Alto</p>	<p>1 La subgerencia administrativa, costos, contabilidad, revisan el calendario tributario para realizar el cierre de la información financiera.</p> <p>2 El tesoro planea y reserva los recursos para los pagos teniendo en cuenta el calendario tributario</p>	<p>X</p>	<p>-</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>40%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Continua</p>	<p>Con Registro</p>	<p>36,0%</p>	<p>Baja</p>	<p>21,6%</p>	<p>Catastrófico</p>	<p>80%</p>	<p>Alto</p>	<p>REDUCIR</p>	<p>DECLARACIONES PRESENTADAS/DECLARACIONES A PRESENTAR</p>	<p>El Contador , revisa de manera mensual el calendario tributario para el cumplimiento de las obligaciones e informa vía correo electrónico a las áreas implicadas, diligencia formulario, remite para revisión a la revisora fiscal y firma, se presenta a la DIAN y se informa a tesorería para que proceda a realizar el pago</p>	<p>Contador-tesorería</p>	<p>01-ene-21</p>	<p>20-ene-22</p>
<p>GESTIÓN FINANCIERA. SUBPROCESO CONTABILIDAD OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contractuales en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución</p>	<p>70-RG</p>	<p>Afectación reputacional y disciplinaria,</p>	<p>Baja calificación del representante legal de sanción del ente de control</p>	<p>entrega inoportuna de informes o inexactitud de la información</p>	<p>0</p>	<p>Ejecución y administración de procesos</p>	<p>21</p>	<p>Bajo</p>	<p>40%</p>	<p>Mayor</p>	<p>80%</p>	<p>Alto</p>	<p>1 El tesoro realiza Revisión de las resoluciones donde se establecen las fechas de vencimiento de los diferentes reportes, 2193 del ministerio de salud, resoluciones de la contaduría general de la nación y resolución de la superintendencia nacional de salud circular 016</p>	<p>X</p>	<p>-</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>50%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Continua</p>	<p>Con Registro</p>	<p>20,0%</p>	<p>Muy bajo</p>	<p>12,0%</p>	<p>Mayor</p>	<p>60%</p>	<p>Moderado</p>	<p>REDUCIR</p>	<p>informes obligados a reportar/ informes reportados</p>	<p>Se cierra el sistema financiero, se procede a elaborar los estados financieros, se firman y se publican, con la elaboración de los estados financieros se procede a subir la información a las diferentes plataformas como son el 2193, y chip, se valida y se envían</p>	<p>Contador y grupo financiero</p>	<p>01-ene-21</p>	<p>20-ene-22</p>
<p>GESTIÓN FINANCIERA. SUBPROCESO PRESUPUESTO OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contractuales en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución</p>	<p>71-RG</p>	<p>Pérdida económica</p>	<p>Sanciones orgánicos de control</p>	<p>Incumplimiento principio y normas presupuestales en la ordenación del gasto</p>	<p>Posibilidad de pérdida económica por sanción del ente de control, debido a inadecuada aplicación de los principios y normas presupuestales en la ordenación del gasto.</p>	<p>Ejecución y administración de procesos</p>	<p>12</p>	<p>Bajo</p>	<p>40%</p>	<p>Mayor</p>	<p>80%</p>	<p>Alto</p>	<p>1 El profesional de presupuesto garantiza el cumplimiento de procedimientos para mitigar el riesgo</p> <p>2 El profesional de presupuesto de la ESE ISABU, realiza seguimiento al presupuesto a través de informes de ejecución presupuestal y control a través del libro radicador de CDP y RP.</p>	<p>X</p>	<p>-</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>40%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Continua</p>	<p>Con Registro</p>	<p>24,0%</p>	<p>Muy bajo</p>	<p>14,4%</p>	<p>Moderado</p>	<p>40%</p>	<p>REDUCIR</p>	<p>Número de monitoreos realizados / monitoreos programados</p>	<p>El área de presupuesto de la ESE ISABU, realiza seguimiento al presupuesto a través de informes de ejecución presupuestal y control a través del libro radicador de CDP y RP.</p>	<p>Profesional Especializado</p>	<p>01-ene-21</p>	<p>31-dic-21</p>	
<p>GESTIÓN FINANCIERA. SUBPROCESO TESORERÍA OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contractuales en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución</p>	<p>72-RG</p>	<p>Pérdida Económica Procesos Disciplinarios y Sancionatorios</p>	<p>sanción de entes de control Detrimiento de flujo de recursos para la entidad</p>	<p>El entorno donde se encuentran ubicados los centros de salud Debilidad en la seguridad física en algunos centros de salud</p>	<p>Posibilidad de pérdida económica, procesos disciplinarios y sancionatorios por pérdida de los recursos para el pago de obligaciones y detrimiento del flujo de recursos para la entidad, debido al entorno y la debilidad en la seguridad física en donde se encuentran ubicados los Centros de Salud.</p>	<p>Fraude extremo</p>	<p>400</p>	<p>Alta</p>	<p>80%</p>	<p>Catastrófico</p>	<p>100%</p>	<p>Extremo</p>	<p>1 El tesoro mínimo una vez por semana direccionaran a una persona que recuadara los valores existentes en cada uno de los puntos de recaudo de pago para minimizar el riesgo de pérdidas, se dejara como soporte planilla de recaudo.</p> <p>2 El Tesorero solicita a la Subgerencia Administrativo mantener actualizada la planilla para la persona que recuadra los valores existentes en cada uno de los puntos de recaudo</p> <p>3 El apoyo Administrativo recibe la caja en el sistema panaces para confrontarlo frente al efectivo recaudado</p>	<p>X</p>	<p>-</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>40%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Continua</p>	<p>Con Registro</p>	<p>48,0%</p>	<p>Baja</p>	<p>28,8%</p>	<p>Catastrófico</p>	<p>100%</p>	<p>Extremo</p>	<p>REDUCIR</p>	<p>NA</p>	<p>1. Cambios de rutas en la recolección periódicamente 2. Rotación de los días de consignación de dinero.</p>	<p>APOYO ADMINISTRATIVO TESORERÍA</p>	<p>01-ene-21</p>	<p>31-dic-21</p>
<p>GESTIÓN FINANCIERA. SUBPROCESO TESORERÍA OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contractuales en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución</p>	<p>73-RG</p>	<p>Pérdida Económica Procesos Disciplinarios y Sancionatorios</p>	<p>1.Pérdida de recursos financieros para el pago de obligaciones y funcionamiento de la entidad.</p>	<p>Vulnerabilidad de los sistemas de protección de la información confidencial. Vulnerabilidad de la red utilizada para la gestión de la información</p>	<p>Posibilidad de pérdida económica, procesos disciplinarios y sancionatorios por pérdidas de los recursos financieros para el pago de obligaciones y funcionamiento de la entidad al ser vulnerables los sistemas de protección de la información confidencial y la red utilizada para la gestión de la información.</p>	<p>Fallas tecnológicas</p>	<p>264</p>	<p>Moderado</p>	<p>60%</p>	<p>Catastrófico</p>	<p>100%</p>	<p>Extremo</p>	<p>1 El Tesorero solicita a la Oficina de Sistemas mantener actualizadas las consolas antivirus anualmente por parte de la oficina de sistemas</p> <p>2 El Tesorero solicita a la oficina de sistemas realizar backup de la información periódicamente para salvaguardar la información por parte de la oficina de sistemas</p>	<p>X</p>	<p>-</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>40%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Aleatoria</p>	<p>Con Registro</p>	<p>38,0%</p>	<p>Baja</p>	<p>21,6%</p>	<p>Catastrófico</p>	<p>100%</p>	<p>Extremo</p>	<p>REDUCIR</p>	<p>NA</p>	<p>1.Actualización de licencias 2.Realizar backup de la información periódicamente</p>	<p>TESORERO</p>	<p>15-jun-21</p>	<p>31-dic-21</p>
<p>GESTIÓN FINANCIERA. SUBPROCESO COSTOS OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contractuales en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución</p>	<p>74-RG</p>																																

<p>GESTION FINANCIERA, SUBPROCESO FACTURACION OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contractuales en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin de facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución</p>	<p>7560</p>	<p>Perdida Económica</p>	<p>Radicación extemporánea de la facturación generadas por concepto de venta de servicios de salud, mes a mes.</p>	<p>Falta de controles en la revisión de las actividades cargadas diariamente y liquidadas. El sistema de información genera inconsistencias en la información generada en los reportes.</p>	<p>Posibilidad de afectación económica por deterioro patrimonial en la radicación extemporánea de la facturación generadas por concepto de venta de servicios de salud, mes a mes debido a falta de controles en la revisión de las actividades cargadas diariamente y liquidadas por el personal de facturación, también inconsistencias del sistema de información en la información generada en los reportes.</p>	<p>Ejecución y administración de procesos</p>	<p>264 Moderado 60% Moderado 60%</p>	<p>1</p>	<p>La coordinadora de facturación realiza revisión quincenal de la facturación generada vs la facturación preradicada</p>	<p>X</p>	<p>.</p>	<p>.</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>40%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Continua</p>	<p>Con Registro</p>	<p>36,6%</p>	<p>Baja</p>	<p>21,6%</p>	<p>Moderado</p>	<p>60%</p>	<p>Alto</p>	<p>REDUCIR</p>	<p>N/A</p>	<p>Realizar revisión quincenal de la facturación generada vs la facturación preradicada</p>	<p>Lider Facturación</p>	<p>01-jun-21</p>	<p>30-dic-21</p>				
<p>GESTION FINANCIERA, SUBPROCESO FACTURACION OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contractuales en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin de facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución</p>	<p>7560</p>	<p>Perdida Económica</p>	<p>CANCELACION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DEL FACTURADOR, PROCESOS FISCALES Y DISCIPLINARIOS POR ORGANOS DE CONTROL</p>	<p>Falta de controles en la revisión de las actividades cargadas diariamente y liquidadas. El sistema de información genera inconsistencias en la información generada en los reportes.</p>	<p>Posibilidad de afectación económica por deterioro patrimonial en la radicación extemporánea de la facturación generadas por concepto de venta de servicios de salud, mes a mes debido a falta de controles en la revisión de las actividades cargadas diariamente y liquidadas por el personal de facturación, también inconsistencias del sistema de información en la información generada en los reportes.</p>	<p>Ejecución y administración de procesos</p>	<p>12 Baja 40% Mayor 80%</p>	<p>1</p>	<p>Revisión de los cargos pendientes facturar (atenciones realizadas) realizados durante el mes.</p>	<p>X</p>	<p>.</p>	<p>.</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>40%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Continua</p>	<p>Con Registro</p>	<p>24,6%</p>	<p>Muy Baja</p>	<p>14,4%</p>	<p>Mayor</p>	<p>80%</p>	<p>Alto</p>	<p>REDUCIR</p>	<p>N/A</p>	<p>Realizar revisión de los cargos pendientes facturar (atenciones realizadas) realizados durante el mes y de los cargos dobles y realizar la respectiva anulación o la corrección, nuevo cargo</p>	<p>Lider Facturación</p>	<p>10/06/2021</p>	<p>30-dic-21</p>				
<p>GESTION FINANCIERA, SUBPROCESO CARTERA OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contractuales en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin de facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución</p>	<p>7740</p>	<p>Perdida económica, faltas en la calidad en la prestación del servicio</p>	<p>Bajo recaudo en las cuentas por cobrar</p>	<p>Falta de voluntad de las ERP para cancelar las cuentas</p>	<p>Posibilidad de pérdida económica, faltas en la calidad en la prestación del servicio, por bajo recaudo en las cuentas por cancelar las cuentas en la ESE ISABU</p>	<p>Ejecución y administración de procesos</p>	<p>264 Moderado 60% Mayor 80%</p>	<p>1</p>	<p>CONCILIACION DE CARTERA CON LAS EAPB 1 VEZ EN AÑO CON EAPB CON CARTERA MENOR A \$100.000.000, 2 VECES AL AÑO CON LOS 5 DEUDORES MAS REPRESENTATIVOS EN LA CARTERA.</p>	<p>X</p>	<p>.</p>	<p>.</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>40%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Alatoria</p>	<p>Con Registro</p>	<p>36,6%</p>	<p>Baja</p>	<p>36,6%</p>	<p>Mayor</p>	<p>80%</p>	<p>Alto</p>	<p>REDUCIR</p>	<p>VALOR RECAUDADO/VALOR RADICADO</p>	<p>El profesional de Cartera debe velar por la continua circularización, y conciliación de las cuentas por cobrar, para garantizar el flujo de recursos a la ESE. Igualmente debe velar por pasar la cartera radicada con mora mayor a 180 días a la Oficina Jurídica de la ESE para buscar apoyo y gestión en el recaudo de la misma.</p>	<p>CARTERA</p>	<p>01-ene-21</p>	<p>31-dic-21</p>				
<p>GESTION FINANCIERA - CARTERA OBJETIVO: Programar, registrar, administrar los recursos financieros de la Empresa, cumpliendo con las normas, requerimientos y obligaciones contractuales en el desarrollo de su objeto social, a través de un sistema de información, con el propósito de garantizar la calidad, confiabilidad, razonabilidad y oportunidad de la información financiera, con el fin de facilitar la toma de decisiones y el desarrollo sostenible de la institución</p>	<p>7840</p>	<p>Perdida económica, afectación financiero, desequilibrio en la prestación de los servicios</p>	<p>liquidación de las EPS con las que se tiene contrato</p>	<p>Falta de vigilancia y control del estado falta de conciliación de glosa y liquidación de contratos a tiempo inadecuada gestión de cuentas por cobrar</p>	<p>Posibilidad de pérdida económica, desequilibrio financiero, afectación en la prestación de los servicios por liquidación de las EPS con las que se tiene contrato, debido a falta de vigilancia y control del estado, falta de conciliación de glosa y liquidación de contratos a tiempo</p>	<p>Ejecución y administración de procesos</p>	<p>12 Baja 20% Mayor 80%</p>	<p>1</p>	<p>CONCILIACION DE LAS OBJECIONES REALIZADAS A LA FACTURACION DE LA ESE POR PARTE DE LAS EAPB, CONCILIACION DEL 80% MINIMO DE LAS GLOSAS QUE SE DETERMINAN SEGUN CONCILIACION DE CARTERA CON LAS EAPB.</p>	<p>X</p>	<p>.</p>	<p>.</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>40%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Continua</p>	<p>Con Registro</p>	<p>12,6%</p>	<p>Baja</p>	<p>7,2%</p>	<p>Mayor</p>	<p>80%</p>	<p>Alto</p>	<p>REDUCIR</p>	<p>N/A</p>	<p>1. VELAR QUE LA GESTION DE COBRO DE CARTERA ESTE SIENDO EFECTIVA PARA QUE SE LOGRE EL ALISTAMIENTO DE CUENTAS BASE EN LA LIQUIDACION DE CONTRATOS. 2. EFECTUAR REUNIONES PERIODICAS CON LAS E.R.P. ANALIZANDO LA INFORMACION DE CADA CONTRATO, UNA VEZ SE CIERRE VIGENCIA DEL MISMO. 3. PRIORIZAR LA CONCILIACION DE LAS ERP QUE ESTEN EN MEDIDA DE INTERVENCION POR EL ENTE CORRESPONDIENTE.</p>	<p>CARTERA</p>	<p>01-ene-21</p>	<p>31-dic-21</p>				
<p>PROCESO GESTION JURIDICA OBJETIVO: Brindar la asesoría jurídica en todos los procesos legales en los cuales se involucre la institución</p>	<p>7940</p>	<p>Perdida económica, afectación reputacional</p>	<p>Sanciones fiscales y disciplinarias por parte de los entes de control</p>	<p>inadecuada supervisión contractual, falta de adherencia al Manual de contratación vigente</p>	<p>Posibilidad de pérdida económica, afectación reputacional por Sanciones fiscales y disciplinarias por parte de los entes de control debido a inadecuada supervisión contractual, falta de adherencia al Manual de contratación vigente en la ESE ISABU</p>	<p>Ejecución y administración de procesos</p>	<p>1400 Alta 80% Mayor 80%</p>	<p>1</p>	<p>El Jefe de oficina jurídica cuatrimestralmente y cada vez que se actualice el manual de contratación, con el fin de lograr el efectivo servicio de la supervisión realizará talleres de capacitación a todos los funcionarios que funjan como supervisores</p>	<p>X</p>	<p>.</p>	<p>.</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>40%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Continua</p>	<p>Con Registro</p>	<p>48,0%</p>	<p>Baja</p>	<p>28,8%</p>	<p>Mayor</p>	<p>80%</p>	<p>Alto</p>	<p>REDUCIR</p>	<p>Total de supervisores adheridos al manual de contratación/Total de supervisores evaluados</p>	<p>El jefe de la oficina jurídica realizará capacitación de manera cuatrimestral y cada vez que se actualice el Manual de contratación y medición de adherencia a los funcionarios que funjan como supervisores en la ESE ISABU.</p>	<p>Jefe Oficina jurídica</p>	<p>1 Junio de 2021</p>	<p>30-dic-21</p>				
<p>PROCESO GESTION JURIDICA OBJETIVO: Brindar la asesoría jurídica en todos los procesos legales en los cuales se involucre la institución</p>	<p>8040</p>	<p>Perdida económica, afectación reputacional</p>	<p>Sanciones fiscales y disciplinarias por parte de los entes de control</p>	<p>Extemporaneidad en las respuestas a los derechos de petición, inobservancia de los terminos y procedimientos</p>	<p>Posibilidad de pérdida económica, afectación reputacional por multa y/o sanción fiscal o disciplinaria debido a Extemporaneidad en las respuestas a los derechos de petición, inobservancia de los terminos y procedimientos por parte de la Oficina jurídica en la ESE ISABU</p>	<p>Ejecución y administración de procesos</p>	<p>10 Baja 40% Mayor 80%</p>	<p>1</p>	<p>El Jefe Oficina jurídica mensualmente verificará que los derechos de petición sean repondidos dentro de los terminos legales este seguimiento se realizará a través de una matriz de excel al igual cada vez que se presente una extemporaneidad, quedando como evidencia la matriz diligenciada y el archivo físico de las solicitudes y su respuesta.</p>	<p>X</p>	<p>.</p>	<p>.</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>50%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Continua</p>	<p>Con Registro</p>	<p>20,0%</p>	<p>Muy Baja</p>	<p>13,0%</p>	<p>Moderado</p>	<p>80%</p>	<p>Alto</p>	<p>REDUCIR</p>	<p>Total de peticiones recibidas/ Total de peticiones contestadas en tiempo</p>	<p>El Jefe Oficina jurídica mensualmente verificará que los derechos de petición sean repondidos dentro de los terminos legales semestralmente entregará informe de las peticiones presentadas a la institución en el cual se evidenciará el tiempo de respuesta de cada uno.</p>	<p>Jefe Oficina jurídica</p>	<p>1 Junio de 2021</p>	<p>30-dic-21</p>				
<p>PROCESO GESTION JURIDICA OBJETIVO: Brindar la asesoría jurídica en todos los procesos legales en los cuales se involucre la institución</p>	<p>8140</p>	<p>Perdida económica, afectación reputacional</p>	<p>Sanciones fiscales y disciplinarias por parte de los entes de control</p>	<p>Desconocimiento técnico de las necesidades</p>	<p>Perdida económica, afectación reputacional por sanciones fiscales y disciplinarias de los entes de control debido a ausencia de especificaciones técnicas claras en los requerimientos contractuales para elaboración de estudios previos en la ESE ISABU</p>	<p>Ejecución y administración de procesos</p>	<p>500 Alta 80% Mayor 80%</p>	<p>1</p>	<p>El Jefe oficina jurídica trimestralmente con el fin de lograr la correcta elaboración de los requerimientos técnicos para la elaboración de estudios previos, realizará talleres de capacitación a todos los funcionarios y/o contratistas responsables en la elaboración de la necesidad</p>	<p>X</p>	<p>.</p>	<p>.</p>	<p>Preventivo</p>	<p>Manual</p>	<p>50%</p>	<p>Documentado</p>	<p>Continua</p>	<p>Con Registro</p>	<p>40,0%</p>	<p>Baja</p>	<p>26,0%</p>	<p>Moderado</p>	<p>80%</p>	<p>Alto</p>	<p>REDUCIR</p>	<p>Numero de capacitaciones programadas/Numero de capacitaciones realizadas</p>	<p>El Jefe oficina jurídica trimestralmente con el fin de lograr la correcta elaboración de los requerimientos técnicos para la elaboración de estudios previos, realizará talleres de capacitación a todos los funcionarios y/o contratistas responsables en la elaboración de la necesidad realizará evaluación de la adherencia a los funcionarios que tienen a cargo elaborar y consolidar necesidades de contratación.</p>	<p>Jefe Oficina jurídica</p>	<p>1 Junio de 2021</p>	<p>30-dic-21</p>				

<p>PROCESO GESTIÓN JURIDICA OBJETIVO: Brindar la asesoría jurídica en todos los procesos legales en los cuales se involucre la institución</p>	62-RG	Perdida económica afectación reputacional	Sanciones fiscales y disciplinarias por parte de los entes de control	Falta de adherencia al procedimiento y cumplimiento de la norma	Perdida económica, afectación reputacional por sanciones fiscales y disciplinarias por parte de los entes de control debido a reporte extemporáneo a las plataformas del SECOY y SIA OBSERVA de los procesos contractuales en la ESE ISABU	Ejecución y administración de procesos	1400	Alta	80%	Mayor	80%	Alto	1 El jefe de la oficina Jurídica mensualmente y con el fin de controlar la publicación de los procesos contractuales realizara auditoria interna al 10% de la contratación emitida en el periodo señalado. 2 El jefe de la oficina jurídica, semestralmente emitira informe escrito del mismo y de tal forma llevar un mejor control a las plataformas SECOY y SIA OBSERVA quedando como evidencia informe de auditoria.	X	-	Detectivo	Manual	30%	Documentado	Continua	Con Registro	56,0%	Baja	33,6%	Moderado	80%	Alto	REDUCIR	Numero de contratos suscritos/Numero de contratos revisados	El jefe de la oficina Jurídica mensualmente realizara auditoria interna al 10% de la contratación emitida en el periodo señalado y emitira informe escrito del mismo y de tal.	Jefe Oficina jurídica	1 Junio de 2021	30-dic-21					
<p>PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS OBJETIVOS: Garantizar el recibo, almacenamiento y entrega a todas las dependencias de la institución, de cada uno de los procesos de compra y adquisición de bienes muebles, enseres, equipos, elementos de oficina entre otros, control de activos fijos e inventarios y mantener en perfecto estado de funcionamiento los equipos, infraestructura, vehículos, muebles y enseres de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU por medio del mantenimiento preventivo y correctivo, garantizando cubrimiento total de maquinaria, equipos e insumos a las dependencias y centros de salud, según condiciones contratadas y teniendo como base el inventario de los bienes de la entidad</p>	83-RG	Perdida económica	Vencimiento de insumos solicitud de insumos necesarios	falta de adherencia al proceso de solicitud de insumos y control de inventarios falta de supervisión y control de inventarios de insumos por parte de los directores de zona	Posibilidad de perdida económica por vencimiento de insumos o por solicitud de insumos innecesarios debido a falta de adherencia al proceso de solicitud de insumos y control de inventarios, falta de supervisión y control de los mismos	Ejecución y administración de procesos	324	Moderado	60%	Mayor	80%	Alto	1 El jefe de almacen solicitara por medio de una circular el correcto diligenciamiento del formato de solicitud de pedidos a los directores y los jefes de centro de salud advirtiendole que el incorrecto diligenciamiento del formato generara retrasos en el despacho del pedido, se realizara seguimiento mensual al correcto diligenciamiento del formato de pedidos y retroalimentar a los directores de zona respecto a los formatos incompletos 2 Realizar auditorias mensuales de acuerdo a cronograma establecido y a los centros de salud priorizados	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	36,0%	Baja	21,6%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	Total auditorias ejecutadas/Total de auditorias programadas	Realizar seguimiento mensual al correcto diligenciamiento del formato de solicitud de pedidos y retroalimentar a los directores técnicos en el caso que se identifique inadecuado diligenciamiento del mismo Realizar auditoria mensual de inventario de insumos en los centros e salud de acuerdo a cronograma establecido	Jefe de Almacen	01-jun-21	30-dic-21					
<p>PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS OBJETIVOS: Garantizar el recibo, almacenamiento y entrega a todas las dependencias de la institución, de cada uno de los procesos de compra y adquisición de bienes muebles, enseres, equipos, elementos de oficina entre otros, control de activos fijos e inventarios y mantener en perfecto estado de funcionamiento los equipos, infraestructura, vehículos, muebles y enseres de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga ESE ISABU por medio del mantenimiento preventivo y correctivo, garantizando cubrimiento total de maquinaria, equipos e insumos a las dependencias y centros de salud, según condiciones contratadas y teniendo como base el inventario de los bienes de la entidad</p>	84-RG	Perdida económica	perdida de activos a cargo de colaboradores	Falta de compromiso de los colaboradores en informar y registrar el movimiento de los activos Falta de supervisión al contratista para que finalizado el contrato entregue los bienes a sus cargo	Posibilidad de perdida económica por perdida de activos inventariados a cargo de los colaboradores debido a falta de adherencia al procedimiento de manejo y control de inventarios y falta de supervisión del contratista para que finalizado el contrato haga entrega efectiva de los bienes a su cargo	Ejecución y administración de procesos	1728	Alta	80%	Moderado	60%	Moderado	1 El jefe del almacén solicitara por medio de un correo a todos los líderes de los procesos y jefes de las unidades operativas y hospitalarias informar al almacén de la ESE ISABU sobre las diferentes novedades de traslados de activos fijos que se vayan presentando para de esta manera mantener actualizado el inventario. 2 El jefe de almacen realiza auditorias trimestrales de acuerdo a cronograma con el fin de evidenciar si se está cumpliendo lo solicitado por almacén de manera que esto permita la actualización del inventario y bajar el impacto que produce este riesgo	X	-	Correctivo	Manual	40%	Documentado	Alertoria	Con Registro	48,0%	Baja	28,8%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	Total auditorias ejecutadas/Total de auditorias programadas	Realizar el seguimiento trimestral evidenciado por medio de auditorias sobre el cumplimiento del reporte al almacén de la ESE ISABU, de los traslados de activos fijos	Jefe de Almacen	01-jun-21	30-dic-21					
<p>GESTION DE LAS TICS OBJETIVO: Implementar, soportar, mantener y respaldar el buen funcionamiento de los sistemas de información en cuanto a software y hardware. Así mismo, garantizar el buen funcionamiento de los equipos y evitar la instalación de software no original, por medio del administrador de sistemas, como mecanismo de control de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga.</p>	85-RG	Perdida de información Perdida económica	daño en la infraestructura tecnológica, sanción o multa del ente regulador	licencia de antivirus no actualizada	Posibilidad de perdida de información,perdida económica por daño en la infraestructura tecnológica, sanción o multa del ente regulador, debido a licencia de antivirus no actualizada	Ejecución y administración de procesos	1	Muy baja	20%	Mayor	80%	Alto	1 El jefe de planeación y el coordinador de sistemas solicitara anualmente en el mes de enero la necesidad de actualización de la consola y licencia firewall a subgerencia administrativa a través de correo electrónico. 2 El coordinador de sistemas una vez adquiridas las licencias actualizará la consola de antivirus y la licencia firewall semestralmente generando como soporte un documento de licenciamiento de consola y un informe de licenciamiento de firewall	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	12,0%	Muy baja	6,0%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	Licencias actualizadas en la fecha correspondiente	Realizar necesidad de adquisición de consola de antivirus y actualización licencia firewall en el mes de enero Realizar actualización de la consola de antivirus y licencia firewall semestralmente	Jefe de planeación Coordinador oficina de sistemas	02-feb-21	30-dic-21					
<p>GESTIÓN DOCUMENTAL OBJETIVO: Gestionar el documento con el fin de garantizar su adecuada distribución, conservación y custodia con el propósito de disponer de la información oportunamente.</p>	86-RG	Perdida económica Perdida de Documentos	recibir o solicitar cualquier cláusula a beneficio a nombre propio o de terceros,	Falta de adherencia al Procedimiento de Acceso a Documentos e Información	Posibilidad de Perdida de Económica por la no adherencia del Proceso y Procedimientos de Gestión Documental en cada una de las Fases de Archivo Gestión, Central e Histórico por parte del Personal de Apoyo que tiene a cargo los Documentos en los Archivos de Gestión y Central	Ejecución y administración de procesos	200	Moderado	60%	Mayor	80%	Alto	1 El Líder del Proceso de Gestión Documental Solicita Informe mensual de Prestamos y entrega de Documentos e Información, de las Dependencias de los Archivos de Gestión, Central e Histórico con soporte registro en el formato Formato Acceso a Documentos e Información como Seguimiento al Cumplimiento del Procedimientos de Acceso a Documentos. 2 El Líder de Gestión Documental Solicita Registro del Formato de Acceso a Documentos e Información de seguimiento mensual de prestamos y entrega de Documentos e Información de la Dependencia de Archivo de Gestión, Central e Histórico.	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	36,0%	Baja	21,6%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	Total de Informa de seguimiento de entregados/Total Informes de seguimiento solicitados*100	Solicitar Informe de seguimiento mensual de prestamos y entrega de Documentos e Información de la Dependencia de Archivo de Gestión, Central e Histórico, con registro en el Formato.	Líder de Gestión documental	01-jun-21	30-dic-21					
<p>GESTIÓN DE CONTROL INTERNO OBJETIVO: Fortalecer el Sistema de Control Interno a través de la verificación selectiva al cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, programas, planes, proyectos, metas de la institución, recomendando los ajustes necesarios producto de la evaluación y seguimiento, valoración de riesgos e incentivando la cultura de autocontrol que a través de la asesoría y acompañamiento le permita a la entidad alcanzar mayor eficiencia administrativa</p>	87-RG	afectación económica y reputacional	por procesos administrativos, fiscales, disciplinarios y penales	deficiencia por la debilidad en la formulación de los controles para cada riesgo institucional en los tiempos establecidos por ley, por la limitada realización de seguimiento y control a los planes de mejoramiento y recomendaciones producto de las auditorias internas y externas realizadas en la entidad	Posibilidad de afectación económica y reputacional, por procesos administrativos, fiscales, disciplinarios y penales debido a deficiencia por la debilidad en la formulación de los controles para cada riesgo institucional en los tiempos establecidos por ley, por la limitada realización de seguimiento y control a los planes de mejoramiento y recomendaciones producto de las auditorias internas y externas realizadas en la entidad	Ejecución y administración de procesos	46	Moderado	60%	Mayor	80%	Alto	1 El jefe de la oficina de gestión y control interno, implementará las acciones de seguimiento mediante la revisión periodica del Formato F-1300-07 formato de seguimiento a planes de mejoramiento y/o recomendaciones, realizadas por los entes de control y la oficina de control interno.	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Alertoria	Con Registro	36,0%	Baja	36,0%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	Número de seguimientos realizados a los planes de mejoramiento y recomendaciones aprobados / Número de planes de mejoramiento y recomendaciones aprobados*100%	El jefe de la oficina de gestión y control interno, implementará las acciones de seguimiento mediante la revisión periodica del Formato F-1300-07 formato de seguimiento a planes de mejoramiento y/o recomendaciones, realizadas por los entes de control y la oficina de control interno.	JEFE DE GESTIÓN Y CONTROL INTERNO	01-jun-21	30-dic-21					
<p>GESTIÓN DE CONTROL INTERNO OBJETIVO: Fortalecer el Sistema de Control Interno a través de la verificación selectiva al cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, programas, planes, proyectos, metas de la institución, recomendando los ajustes necesarios producto de la evaluación y seguimiento, valoración de riesgos e incentivando la cultura de autocontrol que a través de la asesoría y acompañamiento le permita a la entidad alcanzar mayor eficiencia administrativa</p>	88-RG	afectación económica y reputacional	por multas y sanciones de los entes de control	debido al incumplimiento en el desarrollo del plan anual de auditorias de la vigencia	Posibilidad de afectación económica y reputacional por multas y sanciones impuestas por los entes de control externos, debido al incumplimiento en el desarrollo del plan anual de auditorias de la vigencia	Ejecución y administración de procesos	84	Moderado	60%	Mayor	80%	Alto	1 El equipo de control interno realizara seguimiento al cronograma del plan anual de auditorias de la vigencia 2 El equipo de control interno enviara comunicaciones de solicitud de información requerida, a los responsables de los procesos para dar cumplimiento al plan anual de auditorias de la vigencia.	X	-	Preventivo	Manual	40%	Documentado	Continua	Con Registro	36,0%	Baja	21,6%	Mayor	80%	Alto	REDUCIR	Número de actividades ejecutadas/Número de actividades proyectadas*100	El equipo de control interno elaborará en el mes de enero el plan anual de auditorias para la vigencia, se presentará al comité de coordinación de control interno para su respectiva aprobación y posterior ejecución.	EQUIPO DE GESTIÓN Y CONTROL INTERNO	02-ene-21	31-dic-21					