

FECHA DE SEGUIMIENTO: AGOSTO DE 2020

No.	PROCESO	No.	IDENTIFICACIÓN RIESGO - Lider del proceso				VALORACION DEL RIESGO - Lider del proceso						ANALISIS DEL RIESGO - Lider del proceso				MONITOREO Y SEGUIMIENTO - OFICINA DE CONTROL INTERNO			
			RIESGO	DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	ANÁLISIS CAUSAS	EFFECTO O CONSECUENCIAS	PROBABILIDAD	IMPACTO	RIESGO INHERENTE (resultado de multiplicación de probabilidad e impacto)	CONTROL EXISTENTE		Resultados de la calificación del control	RIESGO RESIDUAL (lugar del riesgo despues del desplazamiento)	Periodicidad de valoración de riesgo	TRATAMIENTO	INDICADOR	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL RIESGO	EVIDENCIA	FECHA DE VERIFICACIÓN
1	GESTIÓN GERENCIAL	1	Falta de adherencia del plan de desarrollo y Plan de acción	Pese a que se tienen plan de desarrollo y Plan de acción, algunos líderes no se adhieren en la gestión indicada que permita alcanzar los objetivos propuestos en estos planes.	Estratégico	1. Carga laboral. 2. Falta de formación de los líderes. 3. Falta de mayor articulación y seguimiento en los planes.	1. Incumplimiento de los objetivos de la empresa. 2. Resultados deficientes en los indicadores propuestos.	3	4	EXTREMO	Cada semestre se solicita información específica por áreas a los líderes de proceso.	85	ALTA	semestral	Reducir el Riesgo	1. No. De actividades desarrolladas / No. De actividades planeadas	Enero de 2015	1. Informe de avance a Plan de Acción 2019, presentado a la Controría Municipal de Neiva. 2. Evaluación Plan de Desarrollo 2019. 3. Oficio COMPROMISOS MIPG AUTODIAGNOSTICO - PLANES DE ACCIÓN MIPG 2020. 4. Oficio SOLICITUD EVIDENCIA PLAN DE ACCIÓN Y GESTIÓN 2020.	31/08/2020	Se evidencia seguimiento y evaluación al Plan de Acción 2019. Para la vigencia 2020, se encuentra en proceso el seguimiento.
		2	Inapropiada definición de políticas, objetivos, metas	La plataforma estratégica de la empresa no se ajusta a las necesidades	Estratégico	1. Inadecuado diagnóstico institucional 2. Inadecuado apropiación seguimiento	1. Resultados deficientes 2. Decisiones erróneas 3. Pérdida de imagen institucional	3	3	ALTA	Efectuar seguimiento a los informes de gestión	85	MODERADO	semestral	Reducir el Riesgo	1. No. De actividades desarrolladas / No. De actividades planeadas	Enero de 2015	1. Evaluación Plan de Gestión 2019. 2. Oficio solicitud certificación indicadores del Plan de Gestión 2020.	31/08/2020	Se evidencia seguimiento y evaluación al Plan de Gestión 2019. Para la vigencia 2020, se encuentra en proceso el seguimiento.
		3	Falta de fortalecimiento de la imagen corporativa a los usuarios y funcionarios sobre los servicios prestados por la ESE Carmen Emilia	Desconocimiento de los usuarios y pérdida de cobertura de los servicios prestados por la ESE.	Imagen	1. Falta del personal para el desplazamiento y cubrimiento de eventos 2. Fallas en la coordinación con las diferentes áreas de presupuesto.	1. Poco reconocimiento interno y externo 2. Disminución de ingresos por desconocimiento de los servicios 3. Poca participación de la ESE en las diferentes zonas 4. Baja imagen corporativa.	5	4	EXTREMO	1. Priorizar actividades a través del cronograma 2. Uso de herramientas internas como internet, intranet, Simad para facilitar visibilización	35	EXTREMO	mensual	Reducir el Riesgo	1. No. De actividades desarrolladas / No. De actividades planeadas	Agosto de 2016	1. Cronograma de cambios en cartelera físicos y digitales. 2. Pantallazos de la página Intranet, demostrando los cambios semanales que se realizan conforme a las noticias informativas para el personal de la entidad.	31/08/2020	El área de comunicaciones cuenta con un cronograma de cambio en carteleras físicas y digitales. Se tiene evidencia de los cambios realizados durante el periodo en la intranet.
		4	Perdida de los procesos y actuaciones judiciales extrajudiciales.	Sentencias y tutelas que resulten en contra de la ESE Carmen Emilia.	Cumplimiento	1. Desconocimiento de las normas de las distintas ramas del derecho. 2. Inexperiencia 3. Inadecuada argumentación jurídica. 4. Fallas de los procedimientos internos como fallas del servicio.	1. Detrimiento patrimonial	5	4	EXTREMO	1. Comité de conciliación. 2. Comité defensa judicial 3. Creación y actualización de nuevos procesos y procedimientos.	70	EXTREMO	1. Comité de conciliación y defensa judicial = mensual 2. Procesos y procedimientos = anual	Reducir el Riesgo	1. Actas de comité / comités planeados 2. Procesos y procedimientos actualizados	Octubre de 2016	Relación de Actas del Comité de conciliación	31/08/2020	Se pudo evidenciar mediante la verificación de las actas, el cumplimiento del comité conciliación y defensa judicial. Se evidencia actualización de los tres procedimientos que conforman el subproceso defensa judicial : GE-S4-P1-V4 Asistencia Judicial- Vigencia 20/12/2018. GE-S4-P3-V5 Asistencia jurídica derechos petición, Vigencia 12/02/2019 GE-S4-P4-V3 Asistencia jurídica tutelas. Vigencia 20/12/2018

G A R R A N T Í A D E L A C A L I D A D	2	1	Incumplir con los Estándares de habilitación de los servicios	Incumplimiento a las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación del servicio de salud como lo son: Talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos-dispositivos médicos e insumos, historias clínicas y registros para la habilitación de los servicios	Cumplimiento	1. Desconocimiento de la norma 2. Falencias en la monitorización del cumplimiento	1. Cierre 2. Sanciones y/o multas 3. Recorte de oferta en servicios 4. Traslados a la justicia ordinaria	4	5	EXTREMO		80	EXTREMO	1. Comité = Mensual 2. Autoevaluación = Anual 3. Seguimiento procesos prioritarios = Anual 4. Auditoría conyunturales = Cada vez que se presente el evento	Reducir el riesgo	1. No. Comité realizados / No. Comité programado 2. Una autoevaluación anual 3. No. Seguidos a procesos prioritarios / No. procesos prioritarios 4. No. auditorías conyunturales / No. eventos conyunturales	Noviembre de 2016	1. <u>Actas de comites 2019-2020</u> 2. <u>Informe de habilitación 2019 y 2020</u> 3. <u>Planes de mejoramiento a procesos prioritarios</u> 4. <u>Tabla de auditorías conyunturales sobre los eventos conyunturales en el mes</u>	31/08/2020	Se evidencia mediante actas de comités, el cumplimiento de la programación mensual de las reuniones que corresponden a los comités de Historia clínica y Calidad. Se evidencia cumplimiento evaluación del año 2019 . Se evidencia que el Informe de Habilitación 2020 está en proceso de Autoevaluación con fines a socialización en septiembre del 2020. Se evidencia los planes de mejoramiento definidos para cada una de las vigencias. Se evidencia mediante tablas de seguimiento las auditorías conyunturales realizadas durante las vigencias.
		2	Incumplimiento en el reporte de los indicadores del sistema de información para la calidad.	Incumplimiento en el reporte de los indicadores para el monitoreo de la calidad a la Superintendencia de Salud con una periodicidad semestral y anual como lo indica la norma (Res. 256 - Decreto. 2193)	Cumplimiento	1. El no reporte de indicadores por parte de otras áreas 2. Problemas en la consolidación del reporte	1. Sanciones y/o multas	2	4	ALTA		75	ALTA	Seguimiento Indicadores de Gestión= mensual	Reducir el riesgo	1. Seguimiento cumplido / Seguimiento mensual programado	Noviembre de 2016	<u>Fichas de indicadores / reporte de la superintendencia</u>	31/08/2020	Se evidencia el cumplimiento del reporte de los indicadores correspondientes al decreto 2193 de 2004 y la resolución 256 de 2016.
		3	Evento adverso prevenible trazador mortal	Materializar un evento adverso que ocasiona muerte, incapacidad permanente o lesión grave a un usuario objeto de nuestra atención en salud.	Operativo	1. No adherencia a guías y protocolos de manejo. 2. No adherencia a procedimientos establecidos. 3. El no cumplimiento de estándares definidos. 4. Falta de barreras o controles 5. No identificación del evento adverso.	1. Aumento en costos de atención 2. Muerte del usuario 3. Incapacidad del usuario 4. Lesión grave del usuario 5. Detrimento patrimonial por demandas	5	5	EXTREMO		70	EXTREMO	1. Auditorías internas = Mensual 2. Reporte, análisis y seguimiento a fallas de calidad en los servicios y evento adversos identificados. 3. Ejecución de plan de mejoramiento	Reducir el riesgo	1. No. de eventos adversos gestionados / No. de eventos adversos reportados 2. No. Seguimiento a los planes de mejoramiento / No. Planes de mejoramiento generados	Noviembre de 2016	1. <u>Reporte analisis del evento adverso, protocolo de londres</u> 2. <u>Seguimiento a planes de mejoramiento</u>	31/08/2020	Una vez analizados los documentos aportados por el área de calidad, se evidencia que realizan el análisis de eventos adversos en formato GCS4F5V3 protocolo de Londres, encontrando falencias en algunos de ellos utilizando para el análisis formato no establecido. Se observa seguimientos a los planes de mejoramiento que realizan a los servicios y procedimientos auditados.

5	H O S P I T A L I O R I O S	1	Ocurrencia de eventos adversos y fallas de calidad.	Con ocasión de la atención en salud pueden presentarse lesión o daños a los pacientes o usuarios del servicio de hospitalización.	Operativo	1. Falta adherencia a procesos procedimentales y guías de atención. 2. Deficiencia en el suministro de insumos y dotación de equipos. 3. Deficiente mantenimiento de equipos, infraestructura muebles y 4. Deficiencia en el sistema de seguridad clínica del servicio.	1. Muertes o lesiones irreversibles en los usuarios. 2. Incremento en los costos de la prestación del servicio. 3. Detrimento patrimonial.	4	3	ALTA	1. Revisión continúa de los procesos en conjunto con la oficina de calidad y capacitaciones 2. Se cuenta con procesos de auditoría médica. 3. Comité técnico-científicos y de calidad.		85	MODERADO	1. Auditoría Médica Mensual 2. Comité técnico científico Mensual 3. Comité de calidad= Mensual	Reducir el riesgo	1. Número de eventos adversos con seguimiento por el comité	Septiembre de 2014	1. Actas de comité historias clínicas 2. Actas de comité calidad	31/08/2020	Según los documentos enviados por el área de calidad, se observa que se realizan los comités a historias clínicas y comité de calidad y seguridad al paciente de forma mensual, donde analizan los eventos adversos presentados en el mes.
6	S E U R V I E N C I O I A D S E	1	Inoportunidad en la atención y prestación de urgencias.	Retrazos en la prestación del servicio que amerita el acuerdo a su condición de salud	Operativo	1. Deficiencias procedimentales. 2. Desconocimiento del personal 3. Negligencia del personal 4. Fallas en la infraestructura.	1. Detrimento por demandas 2. Congestión en los servicios 3. Incremento de PQR 4. Agravamiento del paciente.	5	3	EXTREMO	1. Capacitaciones en lo referente a la normatividad y prestación del servicio. 2. Socialización de la política de seguridad del paciente. 3. Reunión con el personal para retroalimentar la gestión del servicio.		78	ALTA	1. Capacitaciones = Mensualmente 2. Socialización de política = Semestral 3. Retroalimentación = Mensual	Reducir el riesgo	1. Capacitaciones realizadas / No. De capacitaciones programadas 2. Socialización de política de seguridad al paciente 3. Retroalimentaciones mensuales	Diciembre de 2016	1. Actas de capacitación	31 agosto de 2020	Se observa para la vigencia 2019 se realizaron diversas capacitaciones, según el Plan anual de capacitaciones, entre ellas se encuentra la socialización de la política de seguridad al paciente. Para la vigencia 2020 se han realizado capacitaciones ajustándose el cumplimiento de las capacitaciones por la emergencia sanitaria COVID 19.
7	A M B U L V A T O R I O S	1	Inoportunidad en la prestación de servicios ambulatorios.	Demora en la atención y prestación de los servicios ambulatorios	operativo	1. Inasistencia médica 2. Fallas procedimentales 3. Fallas tecnológicas	1. Insatisfacción del usuario. 2. Disminución de ingresos para la empresa. 3. Afectación de imagen corporativa.	5	2	ALTA	1. Reunión de autocontrol. 2. Cruces y análisis de información registrada en el sistema en cuanto al tiempo de atención. 3. Seguimiento y retroalimentación al personal asistencial. 4. Monitoreo de la productividad del personal asistencial		70	ALTA	Mensualmente	Reducir el Riesgo	1. No. de reuniones ejecutadas / No. reuniones programadas. 2. Informes mensuales de productividad	Diciembre de 2016	Actas de asistencia capacitaciones Seguimiento de productividad	31/08/2020	Según el indicador enviado por el área de calidad, se observa que no se cumple con la meta establecida de productividad del personal.
	E S T R A T E G I	1	Incumplimiento en el desarrollo de las actividades para pyp	Aumento de la prevalencia de las enfermedades en las comunidades por la disminución de actividades preventivas y de promoción (pyp)	Imagen	1. Errores en las bases de datos 2. Desconocimiento de los usuarios y/o prestadores de servicios. 3. Deficiencias en la contratación de las actividades con las eps	1. Aumento de la morbilidad en la población. 2. Efectos financieros negativos	5	3	EXTREMO	1. Capacitaciones al personal 2. Evaluación y generación de informes a las eps de las actividades desarrolladas 3. Generación de propuestas pre-contratactuales de las eps Entes de control		85	ALTO	1. Mensualmente = capacitaciones e informe a eps	reducir el riesgo	1. No. De capacitaciones ejecutadas / No. De capacitaciones programadas 2. No. de actividades ejecutadas / No. De actividades programadas	Agosto de 2016	1. Cronograma de capacitaciones 2. Actas de asistencia a capacitaciones 3. Informe mensual presentado a las eps de las actividades ejecutadas		Se observa para la vigencia 2019 se realizaron diversas capacitaciones, según el plan anual de capacitaciones, entre ellas se encuentra la socialización de la política de seguridad al paciente. Para la vigencia 2020 se han realizado capacitaciones ajustándose el cumplimiento de las capacitaciones por la emergencia sanitaria COVID 19.

10	E F E R E N C I A Y C O N T R A R R E F E R E N C I A	1	Fallas de recepción de pacientes referidos.	Retención de camillas en las IPS receptoras del paciente remitido.	Cumplimiento	1. Demoras en la declaración de emergencia funcional, limitando las aceptaciones solo a urgencias vitales. 2. Incumplimiento de la normatividad para la admisión del paciente remitido. 3. Las IPS citan a los usuarios a determinadas horas para la admisión del paciente en el servicio.	1. Demora en la oportunidad del servicio de ambulancia. 2. Afectación de la imagen corporativa de la institución	5	3	EXTREMO	1. Reporte y seguimiento diario de camillas retenidas. 2. Reporte al CRUE (CENTRO REAGULADOR)	65	ALTA	1. Diario =Reporte camillas retenidas. 2. Mensual = Reporte CRUE	Reducir el riesgo	1. Formato de reporte de camillas retenidas elaborado	Agosto de 2016	Formato de camillas retenidas al crue	31/08/2020	No fue posible el seguimiento, por lo cual no se verifico la efectividad de los controles Debilidad: Falta de entrega de informacion por parte del area.
		2	Inoportunidad en la prestación del servicio al paciente	Envío tardío de remisiones a la red prestadora de salud.	Cumplimiento	1. Demoras en la realización de evoluciones médicas de los pacientes en trámite de referencia. 2. Demoras en la realización de procedimientos internos. 3. fallas en los procedimientos internos.	1. Inoportunidad en los tiempos de traslados de pacientes. 2. Retrasos en el trámite de referencias.	5	3	EXTREMO	1. Reporte de los casos presentados durante el mes.	25	EXTREMO	Mensual	Reducir el riesgo	1. No. de traslados con demoras en el tramite	Agosto de 2016	1. Registros TAB consolidado . 2. Formato de envío de Historia clínicas para tramite de remisión vía email.	No fue posible el seguimiento, por lo cual no se verifico la efectividad de los controles Debilidad: Falta de entrega de informacion por parte del area.	
11	A T E N C I O N S I S T E M A S I N F O R M A C I O N U S U A R I O	1	Deficiencia en la Cobertura de la prestación del servicio del call Center	Deficiente capacidad del area para generar la prestación del servicio	Operativo	1. Falta de personal. 2. Inexperiencia del personal atencion al usuario.	1. Insatisfacción del usuarios. 2. Aumento de PQRs. 3. Disminucion de ingresos.	5	3	EXTREMO	1. Capacitación al personal SIAU 2. Analisis de los reporte de llamadas(analisis de productividad) 3. Capacitacion a los usuarios	70	ALTA	1. Capacitacion del personal= mensual 2. Analisis de reportes = mensualmente 3. Capacitacion = mensualmente	Evitar el riesgo	1. No. De capacitaciones realizadas / No. De capacitaciones programadas 2. No. De llamadas contestadas / No. de llamadas que entraron al sistema. 3. No. De capacitaciones realizadas a los usuarios / No. De capacitaciones programadas	Octubre de 2016	1.Cronograma de capacitaciones al personal de SIAU y lista de asistencia 2.in forme de los Analisis y reporte de contestacion de llamadas 3. cronograma de capacitacion a los usuarios y lista de asistencia	31/08/2020	Según reportes suministrados por el area de atencion al usuario, se evidencia cumplimiento en las capacitaciones programadas tanto para usuarios y personal interno. Con relacion al analisis de reporte de llamadas, se evidencia que llevan registro de las mismas.
				Inoportunidad y retrasos de		1. Fallas de comunicación	1. Retrasos en los procesos financieros													* Se evidencia cargue de información a las plataformas SIHO, CHIP, PAGINA WEB, SUPERSALUD de manera oportuna.

12	G E S T I O N F I N A N C I E R A	1	Inoportunidad de flujo de información para registro, análisis y generación de informes	revisos ue información que se presenten dentro de los procesos internos y externos que impidan el flujo oportuno de información y veracidad de la misma.	Operativo	aunque existen procedimientos internos, hay retrasos. Procesos engorrosos. 3. Desconocimientos de procedimientos internos	2. Informes poco objetivos. 3. Reprocesos administrativos. 4. Fallas en la calidad, inconsistencias y oportunidad de la información generada. 5. Sanciones legales	5	3	EXTREMO	llegada de cuentas de cobro. 2. Comité financiero. 3. Cruces y generación de informes (2193, contaduría general, super salud)	70	ALTA	de cobro. 2. Comités financiero mensual. 3. Informes trimestral. 4. Informes super salud = semestral	Reducir el Riesgo	presentados / No. De informes programados. 2. Comités ejecutados / No. De comités programados. Fechador	Agosto de 2016	Actas de Comites financieros	31/08/2020	* Se realizaron en el año 2019, socialización de los Estados Financieros mediante Actas de Junta Directiva, igualmente en el año 2020 se socializa el primer trimestre y se evidencia acta de un comite financiero, donde contemplan la socialización de los Estados Financieros en sus respectivos cortes contables.
		2	Insostenibilidad de la Ese a nivel Financiero	Falta de recursos económicos que impidan operar y generar sostenibilidad de la Ese	Operativo	1. Aceptación de glosas. 2. Diferentes causales y errores en la facturación. 3. Perdida por margen de contratación.	1. Incumplimientos legales. 2. Intervención del ente de control	5	5	EXTREMO	1. Gestión y cobro de la cartera con las EPS, mesas de conciliación. 2. Auditorias médicas selectivas. 3. Retroalimentación con el equipo facturación. 4. Informe presupuestales y financieros.	85	EXTREMO	1. Cartera = mensual. 2. Auditorias médicas = mensual. 3. Capacitación = quincenal. 4. Informes presupuestales y financieros = Mensuales	Reducir el Riesgo	1. Indicadores mensuales del Área de cartera, eficiencia del recaudo, conciliaciones, glosas) y facturación. 2. No. De capacitaciones elaboradas / No. De capacitaciones programadas por el Área de facturación	Noviembre de 2014	Informes mensuales de la cartera. Actas de Asistencia Cronograma de capacitaciones	31/08/2020	* El área de Cartera, suministra los informes mensuales de los meses correspondientes a: agosto,septiembre,octubre, noviembre y diciembre de 2.019; como también los informes de los meses de enero a julio de 2020. * El área de Facturacion, realizó capacitaciones según el cronograma año 2019 en los meses de Agosto a Diciembre, en diferentes temas como, soportes de facturas por evento y normatividad competente al área de Facturación; Igualmente se realizo la capacitaciones de Enero a Mayo de 2020, ya que debido al cuidado que se debe tener en relacion a
13	G E S T I O N D E T A L E N T O H U M A N O	1	Vinculación del personal directo o indirecto sin los requisitos legales	Por diversos motivos se realiza una vinculación inadecuada del personal de planta y contratista.	Cumplimiento	1. Desconocimiento del procedimiento de vinculación. 2. Fallas en el análisis y verificación de datos	1. Sanciones legales y disciplinarias. 2. Imagen corporativa afectada	5	4	EXTREMO	1. Verificación contra listas de chequeo. 2. Verificación de títulos y su seguimiento. 3. Reporte de inducción	0	EXTREMO	1. Verificación lista de chequeo = depende de la contratación. 2. Verificación de títulos = mensual. 3. Capacitaciones = depende de la contratación	Reducir el riesgo	1. No. de listas de chequeo verificadas con el 100% de requisitos legales solicitados del personal directo e indirecto completamente / No. de personal ingresado. 2. No. de verificaciones con nel 100% de la notificación de títulos realizadas / No. total del personal directo e indirecto. 3. No. de inducciones realizadas / No. de inducciones programadas	Noviembre de 2016	1.Listas de chequeo. 2. Verificaciones de títulos y reporte de seguimientos	31/08/2020	Se evidencia la verificación de la lista de chequeo según la contratación realizada. Se evidencia que el área de talento humano, realiza adecuadamente la verificación de títulos del personal que ingresa nuevo a la ESE CEO. Se evidencia las actas de asistencia a las capacitaciones para el personal que ingresa nuevo a la ESE CEO. Igualmente se resalta que el área de Talento Humano hace seguimiento del personal que asiste a las capacitaciones convocadas. Se evidencia que se realiza la liquidación de nomina, según el aplicativo, cumpliendo a cabalidad con la normatividad de liquidacion, aplicando las novedades presentadas mensualmente, siendo archivadas adecuadamente, las cuales estan debidamente firmadas y con los soportes de las novedades respectivas. Se anexas las nominas de agosto a diciembre de 2019 y Enero a Julio del 2020.
		2	Perdidas económicas por falencias en la Liquidación de la Nómina.	Fallas internas por desinformación, digitación, análisis durante el proceso de la liquidación de nomina	Operativo	1. Falta de conocimiento técnico y continuidad en la ejecución del proceso. 2. Generación de novedades a destiempo	1. Detrimiento patrimonial. 2. Demandas del personal	5	3	EXTREMO	1. Uso de software. 2. Cadena de revisiones internas (tesorería, contadora, presupuesto, talento humano, subgerente y gerente)	80	ALTA	1. Software = mensualmente. 2. Cadena de revisiones = mensualmente por nómina	Reducir el riesgo	1. Reporte nomina generada desde el software. 2. No. De nominas totalmente firmadas / No. De nominas revisadas	Noviembre de 2016	1. Liquidación de la nómina y novedades archivadas mensualmente		

14	GESTIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	1	Elaborar contratos sin los requisitos legales	Proyección y emisión de contratos con ausencia de requisito legales	legal	1. Falta de planeación contractual. 2. Desconocimiento de las normas. 3. Desactualización del manual de contratación.	1. Nulidad de contratos diferentes entes de control. 2. Sanciones de los diferentes entes de control. 3. Investigaciones penales	5	5	EXTREMO	1. Realización de Capacitaciones en actualización de normas o retroalimentar procesador con el personal de contratación. 2. Implementación de listas de chequeos a los procedimientos de contratación vigente para verificación de requisitos legales. 3. Comités de contratación en la periodicidad establecida.	85	EXTREMO	1. Capacitaciones = trimestral 2. Actualización de procedimientos de contratación en coordinación con Calidad. 3. Comités de contratación = trimestrales	Reducir el riesgo	1. Capacitaciones realizadas / No. De capacitaciones programadas 2. No. De contratos verificados que cumplen con los requisitos legales / No. total de contratos suscritos. 3. No. De comités realizados	Noviembre de 2014	1. Relación de capacitaciones realizadas 2019 - 2020. 2. Lista de asistencia a capacitaciones.	31/08/2020	Se evidencia la realización de capacitaciones, sin embargo, éstas no se hacen trimestralmente.	
		2	Posibles eventos que causen detrimento patrimonial	Fallas presentadas dentro de los procesos, pólizas, deterioro y/o pérdida de elementos, insumos o materiales que puedan afectar el patrimonio de la ESE Carmen Emilia Ospina	Operativo	1. Desconocimiento en la adquisición de pólizas. 2. Actualización tardía de los cambios generados en las pólizas. 3. Pérdidas de elementos insumos 4. Sobrecostos en la compra de suministros. 5. Demoras en la contratación	1. Afectación de los estados financieros. 2. Sanciones legales. 3. Represamiento en la atención del servicio.	4	4	EXTREMO	1. Vigilancia y monitoreo de cámaras de seguridad. 2. Firma de paz y salvos para el control de activos. 3. Generación de comité activos fijos. 4. Adquisición de pólizas 5. Actualización de Manuales y procedimientos internos 6. Inventarios de activos fijos regulares.	77	ALTA	1. Adquisición de pólizas = anuales 2. Inventario de activos fijos = anual 3. Libros de registros de la vigilancia salida de activos = diaria 4. Comité de activos fijos = Semestral	Reducir el riesgo	1. No. De pólizas adquiridas / No. De pólizas requeridas por la gerencia 2. No. De actividades cumplidas / No. de actividades programadas 3. No. de paz y salvos firmados durante un periodo de tiempo / Cantidad de contratos finalizados durante un periodo de tiempo.	Noviembre de 2014	1. Relación de pólizas. 2. Cronograma de Inventarios de octubre, noviembre y diciembre de 2019. 3. Actas de Comité de Activos Fijos 2019-2020. 4. Paz y Salvo	31/08/2020	Se evidencia cumplimiento de todas las actividades. No se lleva libro de registro, se lleva el consecutivo que arroja el software institucional. De las evidencias enviadas por el área de Almacén, solamente registra el paz y salvo de fechas 13 de agosto del 2020.	
		3	Fallas en la infraestructura de la sede de la entidad	Fallas en el funcionamiento de las sedes a nivel hidráulico, eléctrico y locativo.	Operativo	1. Malos procedimientos ejecutados 2. Falta de planeación y ejecución en labores.	1. Daños y deterioro estructurales y equipos médicos de la entidad. 2. Mala imagen corporativa. 3. Inundaciones.	5	4	EXTREMO	1. Mantenimientos preventivos y correctivos 2. Plan anual de mantenimiento.	72	EXTREMO	1. Cronograma de actividades = anual 2. Mantenimientos correctivos = diario	Reducir el riesgo	1. No. De mantenimientos realizados / No. De mantenimientos solicitados en un periodo de tiempo	Septiembre de 2016	1. Plan de Acción del Área de Infraestructura y Equipos 2019-2020.	31/08/2020	En los Planes de Acción 2019 y 2020, se evidencia la programación y ejecución mensual de las actividades del área.	
	15	TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN	1	Ataque cibernético a la red de la entidad.	Riesgo de un ataque a la red por parte de terceros.	Tecnología	1. Intentos malintencionados de terceros.	1. Pérdida y/o vulneración a la información. 2. Infección a través de virus informáticos a los equipos.	5	5	EXTREMO	1. Software de seguridad firewall. 2. Antivirus.	70	EXTREMO	1. Restauración de copias de seguridad. 2. Restauración de sistemas operativos v	Evitar el riesgo.	1. Software de seguridad 2. Antivirus	Diciembre de 2014	1. Licencia de compra de software de seguridad. 2. Antivirus.	31/08/2020	Según lo reportado por el área de TIC, se evidencia las licencias de software de seguridad y antivirus.
								1. Humedad, ácaros, polvos, roedores.				1. Fumigaciones trimestrales.					1. Fumigaciones realizadas /		1. Reporte de fumigación.		Se verifica reporte fumigación vigencia 2019-

16	NI DY EL LAS	2	Deterioro del archivo de gestión, histórico y central.	Daño parcial o total de los documentos físicos custodiados en el archivo de la ESE CEO.	Operativo	2. Eventos catastróficos. 3. Fallas procedimentales de la gestión documental.	1. Procesos jurídicos 2. Incremento en costos.	4	3	ALTA	2. Estribas plásticas para la ubicación de los documentos. 3. Reparaciones locativas. 4. Capacitaciones en la gestión documental.	85	MODERADO	1. Trimestral: Fumigaciones. 2. Capacitaciones de acuerdo a la necesidad.	Reducir el riesgo.	Fumigaciones programadas. 2. No. De capacitaciones en gestión documental / No. De capacitaciones programadas	Marzo de 2016	2. Actas de asistencia a capacitaciones.	31 agosto de 2020	2020. según los documentos aportados por el área de Tlc, se evidencia capacitaciones para la vigencia 2019-2020 en diferentes temas.
	GES TION DE SALA DUM BOI CE UNT AE CION NAL Y MED IO	1	Incumplimiento de la terminación de la red contra incendios	Se requiere terminar la red contra incendios dentro de la ESE CEO	Operativo	Falta de gestión en la consecución de los recursos financieros	Muerte, pérdidas económicas, falla de la infraestructura	4	5	EXTREMO	1. Plan de Respuesta a Emergencias 2. Inspecciones de seguridad 3. Recarga, mantenimiento y señalización a los extintores existentes 3. Capacitaciones	85	EXTREMO	1. Trimestral: plan hospitalario de respuestas a la emergencia (PHRE) 2. Anual = Recargas y mantenimiento de extintores 3. Bimensual= Inspecciones de seguridad Bimensual: capacitaciones	Reducir el riesgo	1. No. De capacitaciones ejecutadas / No. De capacitaciones programadas 2. No. de extintores recargados / No. de extintores existentes 3. No. De inspecciones ejecutadas / No. De inspecciones programadas	Noviembre de 2014	1.cronograma de capacitaciones 2.Acta de asistencia a capacitaciones 3.Inspecciones formato 001-fo-HSEQ-VO	31/08/2020	Se realizaron las capacitaciones según las actas entregadas por el área, e igualmente se hizo el mantenimiento a los extintores con su respectivas recargas (Proxima recarga de extintores Abril 2021), también se realizaron las inspecciones de seguridad correspondiente.
	2	Amenazas por infraestructura locativa	Deterioro y deficiencia de equipos e instalaciones que no cumplen con las especificaciones de infraestructura	Financiero	Falta de recursos financieros	Muerte, pérdidas económicas, falla infraestructura, cierres parciales de centro de salud	3	5	EXTREMO	Inspecciones de seguridad, Plan Hospitalario de Respuesta a emergencias	75	ALTA	1. Bimensual: Inspecciones de seguridad 2. Trimestral: plan hospitalario de respuestas a la emergencia	Reducir el riesgo	1. No. De inspecciones ejecutadas / No. De inspecciones programadas	Agosto de 2016	Informes bimensuales de inspecciones de seguridad	31/08/2020	Se realizaron las actividades correspondientes a las inspecciones de seguridad y del Plan Hospitalario de respuestas a la Emergencia.	
3	inadecuada Segregación en la fuente	Inadecuada gestión y manejo externo e interno de los residuos hospitalarios y similares incluida la segregación, tratamiento y disposición final de los recursos	Cumplimiento	falta de apropiación de capacitaciones realizadas	Accidentes Biológicos e infracciones Ambientales	4	3	ALTA	Inspecciones segregación en la fuente y capacitación del personal	80	MODERADO	1. Semanal: inspecciones de segregación 2. Mensual: capacitaciones	Reducir el riesgo	1. No. De inspecciones ejecutadas / No. De inspecciones programadas 2. No. De capacitaciones ejecutadas / No. De capacitaciones programadas	Noviembre de 2014	formatos de inspeccion SOA-S2F3-V3-22/05/2014 actas de asistencia	31/08/2020	Se evidencia el envío la realización de las Inspecciones de Segregación y la capacitaciones mensuales al personal se la ESE CEO.		