Hospital Nuestra Señora de los Remedios E.S.E.

Nit. 892115009-7

¡Con Calidad mi Prioridad eres tú!

OFICINA DE PLANEACION
MAPA DE RIESGO 2016

PROCESO	1. ANALISIS CONTEXTO ESTRATEGICO		2. IDENTIFICACION DEL RIESGO					3. ANALISIS DEL RIESGO		4. VALORACION DEL RIESGO								5. INTERVENCION Y SEGUIMIENTO				
	FACTORES	CAUSAS	Nº	RIESGO	DESCRIPCION	CLASE DE RIESGO	EFECTOS (CONSECUENCIAS)	CALIFICACION		EVALUACION	CONTROLES EXISTENTES	VALORACION DEL CONTROL			CALIFICACION DEL RIESGO RESIDUAL		EVALUACION RIESGO RESIDUAL	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES DE ADELANTAR LA ACCION	CRONOGRAMA	INDICADOR DE LA Zona de ACCION
								Probabilidad	Impacto	Zona de ACCION Ubicación_Riesgo Inherente		Tipo de control	Cuadrantes a disminuir en la probabilidad	Cuadrantes a disminuir en el impacto	Probabilidad	Impacto	Zona de Ubicación_Riesgo Residual					
Nombre del proceso	Clasificar como debilidades o amenazas	**(factores internos o externos): son los medios, las circunstancias y agentes generadores de riesgo (personas, materiales, comités, instalaciones y entorno).**	Consecutivo de riesgos	Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre los objetivos institucionales o del proceso. Se expresa en términos de probabilidad o impacto.	Se refiere a las características generales o las formas en que se observa o manifiesta el riesgo identificado.	CLASIFICACION DEL RIESGO	Constituyen las consecuencias de la ocurrencia del riesgo sobre los objetivos de la entidad. Generalmente se da sobre las personas o los bienes materiales o inmateriales (daños físicos y fallecimientos, sanciones, perdidas económicas, de información, de bienes, de imagen, de credibilidad y confianza, interrupción del servicio y daño ambiental)			Resultado obtenido en la matriz de calificación, evaluación y respuesta a los riesgos	Especificar cuál es el control que la entidad tiene implementado para combatir, minimizar o prevenir el riesgo.						Resultado obtenido en la matriz de calificación, evaluación y respuesta a los riesgo	Opciones de respuesta ante los riesgos tendientes a evitar, reducir, dispersar o transferir el riesgo; o asumir el riesgo residual	Es la aplicación concreta de las opciones de manejo del riesgo que entrarán a prevenir o a reducir el riesgo y harán parte del plan de manejo del riesgo	Son las dependencias o áreas encargadas de adelantar las acciones propuestas.	Son las fechas establecidas para implementar las acciones por parte del grupo de trabajo.	Se consignan los indicadores diseñados para evaluar el desarrollo de las acciones implementadas
INTERNOS	F. Interno	Deficiente seguimiento a la gestión por procesos (Autoevaluación de la gestión) e insuficiente evaluación de la gestión institucional y del Sistema de Control Interno. (Evaluación	1	**La Calidad de la Atención en Salud no mejore continuamente**	**La institución no logra el mejoramiento continuo de la calidad en la atención, al no articular la gestión del riesgo, las actividades de auto evaluación, el seguimiento a indicadores y la planificación institucional, lo cual afecta la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa.**	**Estrategicos**	**No lograr la acreditación y perder condición de Hospital Universitario.Perdida de competitividad Perdida de la imagen institucional No satisfacción del usuario No lograr los objetivos institucionales. Incremento de eventos adversos (IAAS y morbimortalidad)**	**Probable (4) M**	**Mayor (4)**	**E: Zona de riesgo extrema**	Auditorias Internas	Preventivo	1	0	**3**	**3**	**A: Zona de Riesgo Alta**	**Reducir el riesgo**	Formular e Implementar acuerdos de gestión y planes de acción 2016 por proceso en enfoque en acreditación	Asesores y Gerentes	3o de abril	**Indicadores de Calidad - Circular Única: Oportunidad de la atención. Vigilancia y Gestión de EA. Satisfacción del Usuario.**
	F. Interno	**Falta adherencia a lineamientos institucionales**									Autoevaluación del Control (MECI)	Preventivo	1	0					Fortalecer el seguimiento al PAMEC (Acreditación)	Asesora de calidad	Diciembre 2016	
	F. Interno	Incumplimiento en los requisitos minimos de calidad del Sistema Unico de Habilitación									Autoevaluación de la Atención (Paciente Trazador	Preventivo	1	0					mplementar o fortalecer el seguimiento a los Indicadores	Asesores y Gerentes	Diciembre 2016	
	F. Interno	No aplicación de la metodologia para seguimiento y evaluación de la gestión institucional (Indicadores) por parte de los procesos									Autoevaluación frente a estándares de calidad (Habilitación y Acreditación	Preventivo	1	0					Realizar seguimientos, evaluación y cierre del Plan de Desarrollo 2012- 2016, Plan de Accion HUV 2016 y Planes de Acción por Proceso 2016	Asesora de planeacion	Deacuerdo a la metodologia de la entidad	
	F. Interno	No disponer de un Sistema de Información Integrado para monitorear los Procesos Organizacionales									Plan de Desarrollo Instituciona	Preventivo	0	0								
	F. Interno	Falta de compromiso de la Alta Gerencia con la Planeación Estratégica, el Sistema de Gestión Integral de Calidad y la Administración del Riesgo									Metodologias de análisis y solución de problemas	Preventivo	0	0					fortalecer la frecuencia del seguimiento y control de la medición de la adherencia a practicas seguras (higiene de manos de aislamiento)	Subgerente cientifica	Trimestral	
	F. Interno	Bajo nivel empoderamiento del los líderes de procesos con el mantenimiento y mejoramiento del Sistema de Gestión Integral de Calidad institucional.									Administración de Riesgos	Preventivo	2	0					Ejecutar acciones de intervención de acuerdo a planes de mejoramiento establecidos con seguridad del paciente (Precisar con epidemiologia)	Subgerente cientifica	trimestral	
	F. Interno	Cultura de Planeación Estratégica deficiente (formulación de planes, medición del cumplimiento de la estrategia institucional, etc									Autoevaluación de la Gestión	Preventivo		0								
	F. Interno	No definición e implementación de acciones de mejoramiento para los hallazgos de Auditorias y seguimiento a indicadores									Planes de Mejoramiento	Correctivo	0	1								
	F. Interno	Falta de seguimiento y cumplimiento a los planes de mejoramiento institucional																				
Nombre del proceso	F. Interno	No adherencia a practicas seguras (higiene de manos - aislamientos)	1	La Calidad de la Atención en Salud no mejore continuamente	La institución no logra el mejoramiento continuo de la calidad en la atención, al no articular la gestión del riesgo, las actividades de auto evaluación, el seguimiento a indicadores y la planificación institucional, lo cual afecta la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa.	Estrategicos	No lograr la acreditación y perder condición de Hospital Universitario.Perdida de competitividad Perdida de la imagen institucional No satisfacción del usuario No lograr los objetivos institucionales. Incremento de eventos adversos (IAAS y morbimortalidad)	Probable (4)	Mayor (4)	E: Zona de riesgo extrema												
EXTERNOS	F. Interno	No adherencia a politica y procedimientos de comunicación pública	2	**La Información y comunicación no opere como eje transversal en la institución**	**La información y comunicación institucional no funciona como eje transversal en el modelo de operación por procesos y la nueva estructura organizacional, lo cual afecta de manera catastrófica el nivel de gestión institucional, el logro de los objetivos estratégicos y la satisfacción de partes interesadas.**	**Estratégico**	**Perdida de imagen corporativa Insatisfacción del usuario Sanciones No cumplimiento de politicas y lineamientos institucionales Incumplimiento normativo No logro de los objetivos institucionales Desinformación y fallas en la orientación y comunicación al usuario Re procesos**	**Probable (4)**	**Catastrófico (5)**	**E: Zona de riesgo extrema**	Politica de comunicación institucional	Preventivo	0	0	**Posible (3)**	**Catastrofica (5)**	**(E) Zona de Riesgo Extrema**	**Reducir el riesgo**	Aprobar y aplicar las tablas de retención documental	SubGerencia Administrativa	enero-diciembre 2016	**Plan de comunicaciones 2016-220 implementando programa de Gestion documental de la institucion implementando el sistema integrado con la table d eretencion documental**
	F. Interno	**No planificación de la comunicación institucional (Plan de comunicación institucional)**									Operatividad de los canales internos de comunicación	Preventivo	1	0					formular y ejecutar el Programa de Gestión Documental	SubGerencia Administrativa	enero-diciembre 2016	
	F. Interno	Medios internos de comunicación desactualizados									Procedimientos estandarizados para comunicación pública	Preventivo	0	0					Gestionar el uso adecuado de canales internos de comunicación	Jefe de prensa	enero-diciembre 2016	
	F. Interno	Área de comunicaciones con estructura no adecuada a la complejidad de la Institución.									Procedimientos de Gestión Documental y TRD	Preventivo	0	0					Ejecutar proyecto para diseño de Página web institucional con cumplimiento de requisitos de gobierno en linea	SubGerencia Administrativa	enero-diciembre 2016	
	F. Interno	Estrategia de Gobierno en linea sin implementar	2	La Información y comunicación no opere como eje transversal en la institución	La información y comunicación de lainstitucion no funciona como eje trasversal en el modelo de operación por procesos y la nueva estructura organizacional lo cual afecta de manera catastrófica el nivel de gestión institucional, el logro de los objetivos estratégicos y la satisfacción de partes interesadas.	Estrategicos	Perdida de imagen corporativa Insatisfacción del usuario Sanciones No cumplimiento de politicas y lineamientos institucionales Incumplimiento normativo No logro de los objetivos institucionales Desinformación y fallas en la orientación y comunicación al usuario	Probable (4)	Catastrófico (5)	E.Zona de riesgo extrema	Politica de comunicación institucional	Preventivo	0	0	Posible (3)	Catastrofica (5)	E zona de Riesgo Extrema	Reducir el riesgo	Estandarizar e implementar las actividades del Proceso de Comunicación	Jefe de prensa	enero-diciembre 2016	
											Operatividad de los canales internos de comunicación	Preventivo	0	0					formular e implementar el plan de comunicaciones de la entidad	Jefe de prensa	enero-diciembre 2016	
											Procedimiento estandarizados para la comunicación pública	Preventivo	0	0					Asignar talento humano para conformar la oficina de comunicación institucional de acuerdo a la complejidad y necesidades de la organización.	Coordinadora de Gestion Humana	enero-diciembre 2016	
	F. Interno	Insuficiente e inadecuada señalización e información relacionada con la atención.									Procedimientos de Gestión Documental y TRD	Preventivo	0	0					Concluir la integración del sistema de información institucional (financiera, Administrativa, Asistencial)	SubGerencia Administrativa	enero-diciembre 2016	
																			Medir y evaluar la adherencia a la politica y actividades del área de comunicación institucional	Jefe de prensa	enero-diciembre 2016	
	F. Interno	Programa Institucional de Capacitación ineficiente y con baja cobertura que no permite satisfacer las necesidades de todo el personal									Programa Institucional de Capacitación	Preventivo	0	0					Implementar un sistema de evaluación de desempeño propio para los empleados	Coordinadora de Gestion Humana	enero a diciembre -2016	

		Falta de controles y evaluación a la capacitación del recurso humano	3	Las competencias delpersonal institucional no mejoran	El Talento Humano vinculado a la institucion no amplia ni fortalece sus competencias (Ser; saber, en el desempeño d esu cargo lo cual afecta el cumplimiento de los objetivos del proceso, de la institucion y su gestion	Estrategicos	Bajo nivel de gestión, clima laboral no adecuado, inmsastifaccion del cliente interno	Casi certeza (5)	Catastrófico (5)	(E) zona de Riesgo extrema	Sistema de evaluación de desepeño y acuerdos de gestion	Correctivo	0	0	Probable (4)	Catastrofico (5)	E: Zona de Riesgo Exterma	Reducir el riesgo	Exigir desde la contratación con agremiaciones la implementacion de un plan anual de capacitación y un sistema	Coordinadora de Gestion Humana	enero a diciembre -2016	Porcentaje d ecumplimiento según en los planes de gestion institucional
	F. Interno	Acceso limitado a capacitaciones extremas									Normatividad vigente (Ley 909 del 2004, Ley 1164 del 2007	Preventivo	1	0					Realizar seguimientos a los acuerdos de Gestion	Asesora de control Interno	enero a diciembre -2016	
EXTRATEGICOS	F. Interno	poco reconocimiento de las necesidades de capacitacion por parte de los lideres de cada area																	implementar un sistemas de llamado d eatencion para el incumplimiento de los objetivos laborales a todod nivel de la entidad tanto administrativo y asistencial	Asesora de control Interno Disciplinario con gestion Humana	enero a diciembre -2016	
	F. Interno	Inversión limitada para capacitación de personal																	Monitorear el proceso de formulación Yejecucion de plan d ecapacitacion institucional	Coordinadora de Gestion Humana	enero a diciembre -2016	
Estrategicos	F. Interno	Empresas extremas proveedoras de recurso humano no cuentan con programa de capacitaciòn para su talento humano																	valuar el inpacto del plan institucional de capacitacion	Coordinadora de Gestion Humana	enero a diciembre -2016	
Misionales	F. Interno	Falta de adherencia a politicas, programas, guias y procedimientos institucionales (seguridad y humanizacion de la atencion	4	Prestacion de los servicios no segura ni humanizado	La atención en salud no alcanza el equilibrio entre sus dos dimensiones: técnica e interpersonal, generando problemas de calidad en la atención	Estrategicos	Incremento de Eventos adversos No lograr la acreditación instituciona No satisfacción del usuario y partes interesadas Deterior de Imagen Institucional	Casi certeza (5)	Catastrófico (5)	(E) zona de Riesgo extrema	Seguimiento a Políticas y Programas de Seguridad del Paciente y Humanización de la atención	Preventivo	1	0	Probable (4)	Moderado (3)	A: Zona de Riesgo Alta	Reducir Riesgo	Asignar un líder, equipo de trabajo y área de seguridad del paciente para el mejoramiento del programa institucional	Gerencia	Enero a a diciembre 2016	porcentaje d ecumplimiento según el seguimiento a la gestion de eventos adversos - sastifaccion al usuario y medicion del clima laboral
	F. Interno	Deficiente estructura para la implementación de los programas de seguridad y humanizacion de la atencion									Comités Institucionales: de Farmacia y Seguridad del Paciente, Ética Hospitalaria, Transfusional, Infecciones e Historias Clinicas	Correctivo	0	2					Asignar un lider de equipo de trabajo y area de humanizacion de la atencion para el mejoramiento del programa institucional	Gerencia	Enero a a diciembre 2016	
	F,.Interno	Gestion ineficaz de los eventos adversos reportados									estandarizar la gestion del riesgo ,reportes de eventos adversos,adherencias a las guias	Preventivo	1	0					asignar y realizar un lider para los programas de vigilancia: Farmaco, tecno e Implementar reactivovigilancia	Gerencia	Enero a a diciembre 2016	
	F. interno	cultura organizacional																				
MISIONALES	F. Interno	Guías y procedimientos de práctica clínica desactualizados y con baja difusión	5	Acciones o decisiones equivocadas o no pertinentes en el manejo	Se presenta durante la atención, cuando se comenten errores derivados de que no se cuenta con la supervisión, competencia, formación o adherencia del personal a guías y procedimientos estandarizados institucionalmente; también se puede presentar cuando no se dispone de los insumos necesarios para la prestación del servicio	Estrategicos	Eventos adversos e incidentes: Mortalidad Morbilidad Complicaciones Deterioro de la condición clínica del paciente.	Probable (4)	Catastrófico (5)	E: Zona de riesgo extrema	Comites Sub Cientificos semanales	Preventivo	1	0	Posible (3)	mayor (4)	E: Zona de Riesgo Exterma	Reducucir el Riesgo	Revisar Guias e Procedimientos Clinicas por area de servicios	Sub gerencia cientifica	Seguimiento: Trimestral - Gerencia Evaluación: Anual - Gestión de Calidad	% de adherencia a gulas de práctica clínica para las primeras causas de morbilidad
	F. Interno	Baja adherencia a guias de práctica clínica, protocolos de manejo, procedimeintos, etc.									Procesos y Procedimientos del Talento Humano (selección, inducción, capacitación, perfiles ocupacionales, etc)	Preventivo	1	0					Realizar seguimiento y evaluación a la gestión de los comités técnicos de servicio.	Sub gerencia cientifica		
	F. Interno	Personal en práctica asistencial sin supervisión									Seguimiento a Seguimiento a la adherencia de Guías de Práctica Clínica, protocolos de manejo y procedimientos asistenciales estandarizado en el servicio		0	0					Fortalecer la adherencia a guias y procedimientos clinicos en todos los servicios de salud	Sub gerencia cientifica		
	F. Interno	Deficiencia en la calidad de la realizacion de las historias clinicas									poliza de responsabilidad Medica											
Estrategicos	F. Interno	Falta de actualización, difusión o adherencia a los procedimientos de información y atención al usuario	6	Gestion Ineficiente PQRS	No No se da respuesta oportuna y en forma eficaz a las peticiones, quejas, reclamos o sugerencias presentadas por los ciudadanos, usuarios del servicio y familiares	Cumplimiento	Acciones judiciales (Derecho de petición,demanda, tutela) Insatisfacción del usuario Perdida de imagen corporativa	Probable (4)	Moderado (3)	A : Zona de riego Alta	Procedimientos estandarizados para comunicación pública al usuario	Preventivo	1	0	Posible (3)	Moderado (3)	A: Zona de Riesgo Alta	Reducir Riesgo	Fortalecer el seguimiento a la gestión y a los planes de mejoramientode PQRS	sub Gerencia administrativa	enero a diciembre -2016	Oportunidades de gestion de PGRS
	F. Interno	Desconocimiento de los procedimientos de atencion al usuario por alta rotacion del recurso humano (personal en formacion y personal operativo)									Software	Preventivo	1	0					Generar informes de seguimiento a la Gestiòn de PQRS	Control Interno		
	F. Interno	Fallas en el analisis de la informacion y establecimiento de planes de mejoramiento, frente Atención al Usuario.									eguimiento trimestral a la gestión de PQRS	Preventivo	1	0					Aplicar sanciones establecidas por el Estatuto Anticorrupciòn en materia de no respuesta al ciudadano	Control Interno Disciplinario		
	F. Interno	Deficiente control sobre la gestión de PQRS									Seguimiento a los planes de mejoramiento frente a atención al usuario	Preventivo	0	0					Medir la oportunidad y calidad pertinencia) de las respuesta dadas	Gestion Integral A la atencion al usuario		
	F. Interno	ineficiencia en la pagina web									Proceso disciplinario	Correctivo	0	0					Evaluar de manera independiente la atención e información al ciudadano y retroalimentar resultados	Control Interno		
Estrategicos	F. Interno	Deficiente planeación y control del gasto	7	La calificación del riesgo financiero año 2015 no mejore con respecto a la calificacion del año anterior	La institución no logre restablecer la solidez económica y financiera que requiere para la prestación del servicio y su riesgo financiero no mejora la calificación RIESGO MEDIO	Estrategicos	La intervencion	Probable (4)	Catastrófico (5)	E: Zona de riesgo extrema	Seguimiento al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero a través del comité	Preventivo	0	0	Probable (4)	Catastrofico (5)	E: Zona de Riesgo Externa	Reducir Riesgo	Generar informes de seguimiento a la Gestiòn	Gerencia, Sub Administrativa	anual	calificacion del riesgo financiero 2016
	F. Interno	No saneamiento de los pasivos					Cierre de la institucion															
	F. Interno	No cumplimiento de las medidas establecidas en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero					Iliquidez															
	F. Interno	Proceso de facturación con debilidades en la operación y control.					Deterioro de imagen institucional															
Apoyo	F.INTERNO	No contar con controles informáticos de acceso a la información No implementación del procedimiento de entrega de puesto	8	Perdida de Información	Se presenta por manejo inadecuado o alteración de la información o por fallas en el control al acceso y su custodia.	Estratégico	Fallas en la toma de decisiones, falta de oportunidad en el acceso y disponibilidad de la Información. Pérdida de credibilidad e imagen corporativa Perdidas financieras	Casi Certeza(5)	Catastrófico (5)	E: Zona de riesgo Extrema	Políticas Gestión de la Información	Preventivo	0	0				Reducir Riesgo	Instalar de acuerdo a prioridades protección con antivirus licenciado	Sub Administrativo	enero a diciembre -2016	
	F.INTERNO	Desactualización, deficiente difusión o falta de adherencia a los procedimientos y políticas de información									Esquema tecnológico de seguridad informática	Preventivo	1	0	Probable (4)	Mayor (4)	Zona de Riesgo Extrema		Implementar una copia de seguridad institucional externa	Sub Administrativo	enero a diciembre -2016	Copia de seguridad institucional externa implementada, Tablas de Retención Documental
	F.INTERNO	Incumplimiento de Normatividad relacionada (la Ley General de Archivos Ley 594 de 2000, Ley 1712 de marzo 2014 y Decreto Reglamentario 103 de 2015, etc									Claves y perfiles de acceso definidos	Preventivo	1	0					Implementar el procedimiento de entrega de información ante movimientos internos de personal o retiro	Sub Administrativo	enero a diciembre -2016	
	F.INTERNO	Insuficiencia de espacios y áreas para la custodia y conservación de los documentos(archivo central									Normatividad relacionada con la gestión de la información y gestión documental	Preventivo	1	0					Aplicar Tablas de Retención Documental	Talento humano	enero a diciembre -2016	
	F.INTERNO	Falta de Mantenimiento Hospitalario									Implementación de métodos de conservación documental	Correctivo	0	1					Desarrollar de proyecto de infraestructura para archivo	Sub Administrativo	enero a diciembre 2016	

Hospital Nuestra Señora de los Remedios E.S.E.

	F.INTERNO	No aplicación de las TRD.					Demandas Sanciones				Antivirus	Preventivo	0	0					Capacitar a los procesos en el manejo de Archivos de Gestión	Sub Administrativo	enero a diciembre -2016	documentos aplicadas Procesos de la entidad capacitados en Gestión Documental
	F.INTERNO	de claves personales de acceso									Tablas de Retención Documental	Preventivo	0	0					Concluir la integración del sistema de información de la entidad : Modulos administrativos, financieros y clínicos	Sub Administrativo	enero a diciembre -2016	
	F.INTERNO	VIRUS INFORMÁTICO. El virus informático es un programa elaborado accidental o intencionadamente, que se introduce y se transmite a través de diskettes o de la red telefónica de comunicación entre ordenadores, causando diversos tipos de daños a los sistemas computarizados																				
	F.INTERNO	Emergencia o desastre																				
Apoyo	F interno	Insuficientes Evaluaciones Independientes y Auditorias Internas	9	Insuficiente evaluación de la gestión institucional y del Sistema de Control Interno	La institución no realiza de manera sistemática la medición y evaluación a la gestión de todos sus procesos, como tampoco al desempeño y mejoramiento de su sistema de control interno.	Estratégico	Bajo nivel de gestión institucional, deterioro de la imagen institucional, sanciones.	Probable (4)	Catastrofico (5)	E: Zona de Riesgo E	Metodologia para evaluación de la gestión	Preventivo	0	0	Posible (3)	mayor (4)	Extrema	Reducir riesgo	Autoevaluación de la gestión en todos los procesos	Gerencia	trimestral	porcentaje de cumplimientos de las metas institucionales
	F interno	Débil cultura de la medición y control (propio e interno									Políticas, Planes y Programas Institucionales	Preventivo	1	0					Fortalecer la formulación, ejecución y seguimiento a planes de mejoramientos	Gerencia	Enero a Diciembre 2016	
	F interno	Falta de análisis a los informes de auditoria de Entes de Control																	Realizar análisis de los informes de auditoria de los diferentes Entes de Control	Comité coordinador de Control Interno	Enero a Diciembre 2016	
	F interno	No consolidación, falta de seguimiento y análisis de los Indicadores institucionales									Tableros de mando por proceso e indicadores institucionales	preventivo	1	0					Mejorar las competencias del recurso humano responsable de la auditoria interna	Gerencias	Enero a Diciembre 2016	
	F interno	No disponer de un Sistema de Información Integrado para monitorear los Procesos Institucionales									Comités Institucionales: Directivos, Asistenciales, Administrativos y de Control	Correctivo	0	1					Acompañar la formulación de Planes de Mejoramiento	Control Interno	Enero a Diciembre 2016	
Apoyo	F. Interno y externo	**Insuficiente recurso económico para pago oportuno a Pa usuarios internos y externos**	**10**	**Incumplimientos en la entrega de bienes y servicios que requieren los procesos para el cumplimiento de su gestión**		**Estratégico**	**Bajo nivel de gestión, deterioro de la imagen institucional, demandas, incumplimiento de la plataforma estratégica (misión, visión, objetivos estratégicos, planes y programas.)**	**tCatastrófico (5)**	**tCatastrófico (5)**	**E: Zona de riesgo Extrema**	Proceso y procedimientos estandarizados para la gestión de suministros	Preventivo	0	0	**Probable (4)**	**Catastrofica (5)**	**E: Zona de Riesgo Externa**	**Reducir el riesgo**	Definir el direccionamiento del proceso: Política de compras, el plan anual de compras y definir el comité de compras.	Sub gerente Administrativo	Enero a Diciembbre 2016	**Oportunidad de las areas % de cumplimiento de entrega de solicitudes**
	F. Interno	Ausencia de direccionamiento estratégico del proceso Gestión de Suministros: lineamiento institucional (Política de compras), plan anual de compras, comité de compras									Auto evaluaciones y Auditorias.	Preventivo	0	0					Realizar seguimiento al cumplimiento del plan de compras y necesidades de la Institución	Sub gerente Administrativo	Mensual	
	F. Interno	Deficiente cultura de control y medición por parte del proceso de Gestión de Suministros									Plan Anual de Compras	Preventivo	1	0					Medir y mejorar la oportunidad y calidad de los despachos	Sub gerente Administrativo	Mensual	
																			Medir la gestión del proceso Gestión de Suministros	Sub gerente Administrativo	Mensual	% de cumplimiento mensual del plan
Gestión financiera	F.Interno	**1. Sistema de información que no se adapta a las necesidades de la entidad 2. Alto volumen de facturación**	11	Seguimiento parcial a la trazabilidad de facturas de prestación de servicios	Sistema de informacion del proceso de facturacion sin un enfoque y seguemiento definido	Financiero	Información de cartera no confiable	Casi certeza(5)	Catastrofico (5)	Zona de Riesgo Extrema	Auditoria a Gestión Financiera	Correctivo	0	1	Posible (3)	Mayor (4)	A: Zona de riesgo Alta	Reducir el riesgo	Generar informes funcionales, únicos y estándar para todos los módulos de Dinámica Gerencial del proceso de Gestión Financiera	Gestión de la Información Gestión Financiera	enero a diciembre 2016	Numeros de informes generados