Departamento del Meta
Servicios de Salud
Empresa Social del Estado

GOBERNACIÓN DEL META

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META

MAPA DE RIESGOS VIGENCIA 2023

1	OFICINA ASESORA JURIDICA
2	OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO
3	OFICINA ASESORA CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO
4	OFICINA ASESORA PLANEACION
5	CALIDAD

Departamento del Meta – Empresa Social del Estado	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	ADMINISTRATIVO
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGOS
PROCESO:	ASESORIA JURIDICA
OBJETIVO DEL PROCESO	Interpretar y recopilar las normas que sean aplicables a la empresa y establecer los parámetros legales que se deben tener en cuenta en todas y cada una de las actuaciones que realiza la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META "SOLUCION SALUD", para que así mismo queden investido de legalidad

VIGENCIA: 2023

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	PROCESOS: Misional	PROCESOS: Apoyo	PROCESOS: Evaluación y Control	DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS CAUSA: INMEDIATA	ANALISIS CAUSA: RAIZ	ANALISIS: TIPO DE RIESGO	ANALISIS: CONSECUENCIA	ANALISIS: CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE: PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la actividad)	PROBABILIDAD INHERENTE: % Probabilidad	PROBABILIDAD INHERENTE: Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE: Afectación Económica: Afectación Económica	IMPACTO INHERENTE: Afectación Económica: %	IMPACTO INHERENTE: Afectación Económica: NIVEL DE AFECTACION	IMPACTO INHERENTE: Reputacional: Reputacional	IMPACTO INHERENTE: Reputacional: NIVEL	IMPACTO INHERENTE: Resultado: % DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE: Resultado: NIVEL DE IMPACTO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Implementación	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Calificación	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Documentación	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Frecuencia	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Evidencia	VALORACION DEL RIESGO: RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL: ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACION/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA: CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
1			X		Posibilidad de incumplimiento en la presentación de informes en las diferentes plataformas ante los Entes de vigilancia y control.	1. Falta de Internet 2. Plataformas caidas 3. Exceso de trabajo	1. Falta de Internet 2. Plataformas caidas 3. Exceso de trabajo	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control	Operacional	41	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Muy Baja 20% = Afectación menor a 10 SMLMV	20%	Muy Baja	BAJA: El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores. (40%)	Baja	MENOR - Baja (3 a 24 veces al año) 40%	Baja	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Dar cumplimiento al Cronograma donde se listan los informes a presentar de acuerdo a la Ley.	Dar cumplimiento al Cronograma donde se listan los informes a presentar de acuerdo a la Ley.	Cronograma y soporte del envio del informe	Oficina asesora Jurídica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Según cronograma y normatividad vigente	No. de informes presentados / Total de informes a presentar X 100
2			X		Posibilidad de incumplimiento con los requisitos exigidos para la contratación entregados por los contratistas (soportes anexos al contrato)	1. Omision y/o Desconcentracion	1. Omision y/o Desconcentracion	Corrupción, cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos por entes de control 2. Sanciones Administrativas	Operacional	1800 contratos al año	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	BAJA: El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores. (40%)	Baja	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Cumplir con el formato lista chequeo para persona natural y/o jurídica para suministro, verificando que todos los expedientes contractuales estén con los soportes anexos y las vigencias actualizadas cada uno de los requisitos.	Cumplir con el formato lista chequeo para persona natural y/o jurídica para suministro, verificando que todos los expedientes contractuales estén con los soportes anexos y las vigencias actualizadas cada uno de los requisitos.	Certificación emitida por la oficina jurídica, ratificando que los contratos cuentan con la respectiva listas de chequeo.	Asesora Jurídica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. De expedientes con las respectivas listas de chequeo / Total de expedientes legalizados X 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE								Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL			CRONOGRAMA CRONOGRAMA (Tiempo Programado)													
						CAUSA									Afectación Económica			Reputacional		Resultado																											
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACION/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
3			X		Posibilidad de Pérdida de expedientes contracturales	1. No contar con un espacio adecuado y seguro para su custodia.	Deficiencia de sitio para almacenamiento seguro.	Legal y Operativo	1. Reconstruir del expediente 2. Pérdida de la información	Operacional	1800 contratos legalizados año 2022	Alta (mín 500- máx 5000 veces año) 80%	80%	Alta	Baja-40% = Entre 10 y 50 SMLMV	40%	Baja	BAJA: El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores. (40%)	Baja	MENOR - Baja (3 a 24 veces al año) 40%	Baja	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	1. Llevar un libro radicador para el préstamo de contratos. 2. Archivar consecutivamente los contratos. 3. Custodiar los contratos en la oficina jurídica y en el archivo de gestión de la oficina jurídica (jardín Botánico)	1. Llevar un libro radicador para el préstamo de contratos. 2. Archivar consecutivamente los contratos. 3. Custodiar los contratos en la oficina jurídica y en el archivo de gestión de la oficina jurídica (jardín Botánico)	Certificación expedida por la oficina jurídica frente al riesgo registrado.	Oficina Asesora Jurídica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. contratos extraviados / Total de Contratos custodiados (legalizados) y/o registrados en el libro de préstamos X100
4					Posibilidad de contar con procedimientos, guías del área desactualizados	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Procedimientos guías, s del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Baja-40% = Entre 10 y 50 SMLMV	40%	Baja	BAJA: El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores. (40%)	Baja	MENOR - Baja (3 a 24 veces al año) 40%	Baja	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	ALEATORIA	CON REGISTRO	Riesgo	Existe un procedimiento y formatos.	1. Revisar los procedimientos, guías, formatos del área a 30 de junio de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario procedimientos, guías, formatos del área a 30 de junio 2023.	Documentos actualizados en caso de ser necesario: procedimientos, guías, formatos.	Oficina Asesora Jurídica					X							A 30 de junio de 2023	Documentos actualizados en caso de ser necesario: procedimientos, guías, formatos.

Villavicencio, 31 de Enero de 2023

LYDA JUDITH GUTIERREZ CUNOZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica

JORGE HERNAN MONCA MOLINARES
Gerente (Jefe Inmediato)

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Acompañamiento y asesoría en la formulación

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	ASESOR	VIGENCIA:	2023
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGOS		
PROCESO:	OFICINA DE CONTROL INTERNO (De gestión)		
OBJETIVO DEL PROCESO	Proponer el establecimento, mantenimiento y mejoramiento continuo del sistema de control interno de la ESE Solución Salud, a través de la asesoría y evaluación de la eficiencia, eficacia y económia de los autocontroles definidos y asociados para cada uno de los procesos y actividades que desarrolla la Empresa.		

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control	DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS CAUSA: INMEDIATA	ANALISIS CAUSA: RAIZ	TIPO DE RIESGO	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. Veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE: PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE: Afectación Económica: Afectación Económica	Afectación Económica: %	Afectación Económica: NIVEL DE AFECTACION	Reputacional: Reputacional	Reputacional: NIVEL	Resultado: % DE IMPACTO	Resultado: NIVEL DE IMPACTO
1				X	Posibilidad de incumplimiento en la presentación de informes a los Entes de vigilancia y control.	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control	Falta de control en las fechas de envío de informes	Legal, Cumplimiento y Operativo	Operacional	15	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MUY BAJA: El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización. (20%)	Muy Baja	LEVE - Muy baja (2 veces al año) 20%	Muy Baja
2				X	Posibilidad de Ejecutar el Programa de Auditoría de la vigencia 2021 sin la aprobación del Comité Institucional de Control Interno	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control	Incumplimiento a la normatividad	Legal, Cumplimiento y Operativo	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MUY BAJA: El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización. (20%)	Muy Baja	LEVE - Muy baja (2 veces al año) 20%	Muy Baja
3				X	Posibilidad de Ausencia acompañamiento y ausencia de comunicación a las áreas que lo soliciten	Falencia en la comunicación con las diferentes áreas	Inexistencia de comunicación asertiva con las con las áreas	Cumplimiento y Operativo	Operacional	50	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Muy Baja 20% = Afectación menor a 10 SMLMV	20%	Muy Baja	MUY BAJA: El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización. (20%)	Muy Baja	MENOR - Baja (3 a 24 veces al año) 40%	Muy Baja
4				X	Posibilidad de no levantamiento de acta ante la negativa o falta de colaboración de los auditados y/o registro de ausencias durante el proceso auditor	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control	Obstaculización del proceso de auditoría por parte de los auditados	Legal, Cumplimiento y Operativo	Operacional	2	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Muy Baja 20% = Afectación menor a 10 SMLMV	20%	Muy Baja	BAJA: El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel Interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores. (40%)	Baja	MENOR - Baja (3 a 24 veces al año) 40%	Baja

Nº DE RIESGO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORACION DEL RIESGO: RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACCION (ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
1	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Dar cumplimiento al Cronograma donde se listan los informes a presentar de acuerdo a la Ley.	1. Elaborar cronograma de informes a 27 de febrero de 2023 2. Publicar y enviar a Entes Externos según el requerimiento	Cronograma y soporte del envío del informe	Oficina de Control Interno	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Según cronograma y normatividad vigente	No. de informes presentados / Total de informes a presentar X 100
2	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Aprobar por parte del Comité Institucional de Control Interno el Programa de auditoría de la vigencia.	Elaborar el programa de auditoría de la vigencia (que tenga los roles) 1. Proyectar el programa de Auditoría deta vigencia 2023 2. Presentar ante el Comité Institucional de Control Interno el Programa de auditoría 2021 para aprobación 3. Proyectar la resolución de aprobación del programa de auditoría 2023 4. Publicar el	Programa de auditoría aprobado y resolución	Oficina de Control Interno	X													A 31 Enero 2023	Un programa de auditoría aprobado
3	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Planillas de registro de la asesoría	Brindar asesoría y acompañamiento a todos las áreas toda vez que lo requieren tanto en forma personal como por escrito, llevando el respectivo control a través de planillas de asesoría Formato Acompañamiento y Asesoría CÓDIGO FR- CI-15	Formato Acompañamiento y Asesoría CÓDIGO FR- CI-15	Oficina de Control Interno	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. de asesorías realizadas - registradas en la planilla / Total de asesorías solcitadas por las áreas x 100
4	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Baja	Ninguno	Revisar y actualizar el manual de procedimientos de la oficina de control interno e incorporar esta posibilidad de riesgo.	Un procedimiento	Control Interno					X								A 30 de junio de 2023	Un procedimiento y levantamiento de acta.

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS				PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE							Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)																	
						CAUSA								Afectación Económica			Reputacional		Resultado								RESULTADO						CRONOGRAMA CRONOGRAMA (Tiempo Programado)													
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CLASIFICACIÓN DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
5				X	Posibilidad de Inoportunidad de requerir a los líderes de los procesos en la entrega de la información para la presentación de informes por parte de los funcionarios y líderes de procesos.	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control	Obstaculización del proceso de auditoría por parte de los auditados	Legal, Cumplimiento y Operativo	Operacional	3	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Baja-40% = Entre 10 y 50 SMLMV	40%	Baja	BAJA: El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores. (40%)	Baja	MENOR - Baja (3 a 24 veces al año) 40%	Baja	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Baja	Durante la vigencia 2022 mediante comunicaciones oficiales se requirió información a líderes de procesos.	Solicitar mediante comunicaciones oficiales y/o correos institucionales a los líderes de los procesos las información que requieran los entes externo como la oficina de control interno para adelantar procesos auditorados	Comunicaciones oficiales y/o correos institucionales	Control Interno y Líderes de los procesos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. Comunicaciones donde los procesos han dado respuesta oportuna / Total de Solicitudes radicadas solicitando información X 100
6				X	Posibilidad de contar con procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Existe un procedimiento y formatos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad 2.Caracterización, procedimientos guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Control Interno						X						A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 20 de Enero de 2023

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno

JORGE HERNAN MOJICA MOLINARES
Gerente (Jefe Inmediato)

Departamento del Meta – Empresa Social del Estado	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	ADMINISTRATIVO		
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGOS	VIGENCIA:	2023
PROCESO:	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO		
OBJETIVO DEL PROCESO	Dirigir la actuación de la Oficina de Control Interno Disciplinario en lo referente a su competencia, impulsando el desarrollo de los procesos disciplinarios que se adelanten contra los sujetos disciplinables de la Empresa Social del Estado Solucion Salud, de acuerdo con los procedimientos y normas vigentes en aras de garantizar un adecuado cumplimiento de la misión de la institución.		

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control	DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS: CAUSA: INMEDIATA	CAUSA: RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF
1			X		Posibilidad de realizar un evaluación inadecuada o demora en el trámite de la queja.	1. Traslado inoportuno de la queja al area de Control interno Disciplinario. 2. Falta de conocimiento y actualización de las normas legales reglamentarias y/o Excesiva carga laboral	1. Falta de conocimiento y actualización de las normas legales reglamentarias y/o excesiva carga laboral	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Percepción negativa para los usuarios. 2. Sanciones para el operador disciplinario	Operacional
2			X		Posibilidad de realizar trámite inadecuado del procedimiento escrito y/o verbal	1. Falta de conocimiento de la Ley 1952 de 2019, y Ley 2094 de 2021 y Jurisprudencia.	1. Falta de conocimiento de la Ley 1952 de 2019, y Ley 2094 de 2021 y Jurisprudencia.	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Desgasto administrativo y/o afectación institucional.	Operacional
3			X		Posibilidad de pérdida, reconstrucción del expediente y piezas procesales. (SARLAFT-SICOF)	1. Falta de implementación de presentación de riesgos de los archivos documentales.	Falta de Seguridad en el area asignada para control interno Disciplinario	Legal, cumplimiento, operativo -SARLAFT	1. Incumplimiento a requerimientos en el evento de que soliciten actuaciones archivadas y posible incursión en falta por parte de operador disciplinario. 2. Genera altas consecuencias sobre la entidad. 3. Ausencia total de seguridad cibernetica y/o Discos duros extraibles para salvaguardar la información registrada en los PC 4. Protección de picos de energia -UPS	Operacional

Nº DE RIESGO	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE: Afectación: Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional: Reputacional	NIVEL	Resultado: % DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO
1	2	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	BAJA: El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores. (40%)	Baja	MENOR - Baja (3 a 24 veces al año) 40%	Baja
2	2	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Muy Baja 20% = Afectación menor a 10 SMLMV	20%	Muy Baja	BAJA: El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionista y/o de proveedores. (40%)	Baja	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Baja
3	2	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces al año) 80%	Moderado

Nº DE RIESGO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORACION DEL RIESGO: RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES
1	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	1. Verificar que la acción disciplinaria no se encuentre prescrita. 2.Verificar que el asunto sea de competencia de la dependencia teniendo en cuenta la calidad del disciplinado, la materia y la jurisdicción 3.Evaluar los criterios establecidos a fin de decidir. 4.Tener presente si en el documento de queja aparece identificado o individualizado el posible autor de la falta, y si la queja es acompañada de pruebas dar inicio a investigación disciplinaria.
2	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Bajo	1. Verificar que la acción disciplinaria no se encuentre prescrita. 2. Verificar que la conducta sea alguna de las previstas o que se haya presentado alguno de los eventos señalados en la Ley 1952 2019 y Ley 2094 de 2021 3. Para decidir sobre la procedencia de las pruebas solicitadas o aportadas, tener en cuenta que las mismas sean legales, pertinentes, conducentes y eficaces 4. Verificar que los recursos sean
3	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Aumento de los mecanismos de seguridad. 2. Ubicación del archivo y documentos en lugar adecuado y seguro. 3. Registro de los expedientes que salen de la dependencia.

Nº DE RIESGO	PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN N/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
1	1. Verificar que la acción disciplinaria no se encuentre prescrita. 2.Verificar que el asunto sea de competencia de la dependencia teniendo en cuenta la calidad del disciplinado, la materia y la jurisdicción 3.Evaluar los criterios establecidos a fin de decidir. 4.Tener presente si en el documento de queja aparece identificado o individualizado el posible autor de la falta, y si la queja es acompañada de pruebas dar inicio a investigación disciplinaria.	1. Carpeta de oficios de radicados 2. Relacion de los expedientes aperturados previamente numerados. 3. Expedientes foliados	Jefe de Control Interno Disciplinario	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. de quejas tramitadas oportunamente en el cuatrimestre / Total de quejas recibidas en el cuatrimestre X 100
2	1. Verificar que la acción disciplinaria no se encuentre prescrita. 2. Verificar que la conducta sea alguna de las previstas o que se haya presentado alguno de los eventos señalados en la Ley 1952 2019 y Ley 2094 de 2021 3. Para decidir sobre la procedencia de las pruebas solicitadas o aportadas, tener en cuenta que las mismas sean legales, pertinentes, conducentes y eficaces 4. Verificar que los recursos sean presentados y sustentados en la oportunidad legal.	1. Relacion de los expedientes aperturados previamente numerados.	Jefe de Control Interno Disciplinario	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. de quejas tramitadas por el procedimiento abreviado en el cuatrimestre / Total de quejas recibidas en el cuatrimestre X 100
3	1. Aumento de los mecanismos de seguridad. 2. Ubicación del archivo y documentos en lugar adecuado y seguro. 3. Registro de los expedientes que salen de la dependencia.	1. Relacion de los expedientes aperturados previamente numerados. 2. oficio de entrega de los documentos requeridos	Jefe de Control Interno Disciplinario	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. de procesos que hayan sido objeto de pérdida o de reconstrucción de piezas procesales en el cuatrimestre / Total de procesos adelantados en el cuatrimestre X 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control	DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS: CAUSA: INMEDIATA	CAUSA: RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE: Afectación: Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional: Reputacional	NIVEL	Resultado: % DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO
4			X		Posibilidad de prescripción de la acción disciplinaria - SARLAFT - SICOF	Falta de actualización en concepto de caducidad	1. Porque el operador disciplinario se le venzan los términos para que archive o profiera fallo.	Legal, cumplimiento, operativo -SARLAFT	1. Hallazgos disciplinarios para el operador de control Interno Disciplinario.	Operacional		Alta (más 500- más 5000 veces año) 80%	80%	Alta	Muy Baja 20% = Afectación menor a 10 SMLMV	20%	Muy Baja	BAJA: El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores. (40%)	Baja	MENOR - Baja (3 a 24 veces al año) 40%	Baja
5			X		Posibilidad de contar con procedimientos, Protocolos, guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Falta de Procesos y procedimientos	Procedimientos guías, Instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado

Nº DE RIESGO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORACION DEL RIESGO: RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIO N/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
4	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	1. Control y Evaluación de los expedientes con base en la fecha de los hechos, 2. Control de seguimiento periódico al inventario de expedientes. 3. Impartir celeridad a los procesos a punto de prescribir.	1. Control y Evaluación de los expedientes con base en la fecha de los hechos, 2. Control de seguimiento periódico al inventario de expedientes. 3. Impartir celeridad a los procesos a punto de prescribir.	1. Relacion de los expedientes aperturados previamente numerados.	Jefe de Control Interno Disciplinario	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. de procesos prescritos durante el cuatrimestre / Total de procesos adelantados en el cuatrimestre X 100
5	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Existe un procedimiento y formatos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad 2.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Jefe de Control Interno Disciplinario			X			X							A marzo 31 de 2023 A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 27 de Enero de 2023

GERMAN CAMILO CUELLAR AREVALO
Jefe Oficina de Control Interno Disciplinario

JORGE HERNAN MOJICA MOLINARES
Gerente

OLGA LUCIA BACUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Acompañamiento y asesoría en la formulación

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo a Planeación

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	Direccionamiento estrategico - Asesor	VIGENCIA:	2023
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGOS		
PROCESO:	PLANEACION		
OBJETIVO DEL PROCESO	Planear y proponer políticas, planes, estudios, programas y acciones, asignaciones de recursos, que se requieren para la formulación y ejecución del plan estratégico y proyectos de la empresa.		

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control	DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS CAUSA: INMEDIATA	ANALISIS CAUSA: RAIZ	TIPO DE RIESGO	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE: PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	PROBABILIDAD INHERENTE: % Probabilidad	PROBABILIDAD INHERENTE: Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE Afectación: Afectación Económica	IMPACTO INHERENTE Afectación: %	IMPACTO INHERENTE Afectación: NIVEL DE AFECTACION	IMPACTO INHERENTE Reputacional: Reputacional	IMPACTO INHERENTE Reputacional: NIVEL	IMPACTO INHERENTE Resultado: % DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE Resultado: NIVEL DE IMPACTO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORACION DEL RIESGO RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACION/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
1	X				Posibilidad de incumplimiento de los tiempos y procedimientos necesarios en la Implementación, seguimiento y evaluación de la Gestión Institucional (Plan de gestión 2023, planes decreto 612 de 2018, mapas de riesgo incluido Sarlaft -SICOF y rendición de cuentas, ITA, entre otros)	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control	2. Falta de información para la evaluación de la gestión 2. Falta de oportunidad para la toma de decisiones de la alta dirección Insuficiente información de la gestión de los procesos Deterioro de la imagen institucional Sanciones	Legal, Cumplimiento y Operativo	Operacional	63	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Dar cumplimiento al cronograma de elaboración , acompañamiento y seguimiento desde el area de planeación	1. Elaborar cronograma de planeación a 13 de febrero 20223 2. Realizar acompañamiento y seguimiento como segunda línea de defensa en las fechas establecidas en el cronograma 3. Realizar convocatoria y compañamiento a las áreas para la revilización de planes 4.Elaborar resolución de aprobación por parte de MIPG 5.Publicar en las fechas establecidas los planes , mapas de riesgo y seguimientos a de acuerdo a periodicidad aplicable(trimestral , cuatrimesral, anual)	Cronograma o informes finales según periodicidad (trimestral-cuatrimestral, anual)	Oficina Asesora de planeación	X		X	X		X	X			X	X	1 A 31 Enero 2023 2 y 5. Trimestral, Cuatrimestral y anual 3 y 4. A 31 enero 2023	No. de actividades ejecutados con los respectivos soportes / Total de actividades programadas X 100
2	X				Posibilidad de reporte de información institucional fuera de los tiempos establecidos (PAMEC, Rendición de cuentas, entre otros informes de Ley)	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control	Falta de control en las fechas de envío de informes	Legal, Cumplimiento y Operativo	Operacional	4	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Dar cumplimiento al Cronograma de entrega de informes a entes externos	1. Elaborar cronograma de informes a 03 de febrero de 2023 2. Publicar y enviar a Entes Externos según el requerimiento los informes requeridos por las entidades y los informes de Ley	Cronograma y soporte del envío del informe	Oficina Asesora de planeación y responsable del proceso PAMEC		X		X									Según cronograma y normatividad vigente	No. de informes presentados oportunamente / Total de informes a presentar oportunamente X 100
3	X				Posibilidad de incumplimiento del PMCC por falta de capacitación y entrenamiento a todos los funcionarios y planeación de actividades por cada uno de los pasos de la ruta crítica	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control	Desconocimiento del PMCC	Legal, Cumplimiento y Operativo	Operacional	17	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental e municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	Existía 1 sólo PMCC para entidad 2022	ACCION CORRECTIVA: 1. Capacitar a los funcionarios de los 17 centros de atención en PAMEC Y PMCC 2. Elaborar el PMCC de cada centro de atención. 3. Cerrar el PAMEC (Febrero de 2024)	PMCC-PAMEC	Oficina Asesora de planeación y responsable del proceso PAMEC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	A 20 de febrero de 2024	No. de actividades ejecutadas con soportes (por centro de atención y general) / Total de actividades programadas (por centro de atención y general) X 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS		TIPO DE RIESGO	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT, SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE								Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)																		
						CAUSA								Afectación			Reputacional		Resultado										RESULTADO																					
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ			FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACION/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA CRONOGRAMA (Tiempo Programado)												FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
																																	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
4	X				Probabilidad de no lograr el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud - PAMEC	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control	Obstaculización del proceso de auditoría por parte de los auditados	Legal, Cumplimiento y Operativo	Operacional	51	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Revisión del cumplimiento de las acciones de mejora en el PMCC	ACCION CORRECTIVA: 1. Revisar el cumplimiento de las acciones de mejora del PMCC de cada centro de atención 2. Presentar el informe de avance a las Subgerencia asistencial y a Gerencia	1. Comunicaciones oficiales y/o correos institucionales 2. Informes cuatrimestrales radicados	Oficina Asesora de planeación y responsable del proceso PAMEC					X				X				X			A mayo, A Septiembre de 2023 y A enero de 2024	>= al 80% de la ejecución de las actividades programadas
5	X				Posibilidad de no diseñar los proyectos solicitados por la Gerencia de las necesidades de la entidad	Falta den entrega de los insumos por parte del área de conectividad con el proyecto a diseñar	1. Falta den entrega de los insumos por parte del área de conectividad con el proyecto a diseñar (Subgerencias) 2. Modificación de las necesidades	Operativo	Operacional	3	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- max 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	AUTOMATICO (25%)	50%	DOCUMENTADO	ALEATORIA	CON REGISTRO	Alto	1. Diseñar el proyecto según las solicitudes de Gerencia de las necesidades de la entidad 2. Elaborar los formatos establecidos por el ente territorial y/o ministerio de salud 3. Elaborar la MGA se adquiere un Bpin. 4. Radica el proyecto en la secretaria de planeación departamental y/o ministerio de salud	1. Diseñar el proyecto según las solicitudes de Gerencia de las necesidades de la entidad 2. Elaborar los formatos establecidos por el ente territorial y/o ministerio de salud 3. Elaborar la MGA se adquiere un Bpin. 4. Radica el proyecto en la secretaria de planeación departamental y/o ministerio de salud	Radicación ante la Secretaria de Planeación y/o ministerio de salud del diseño del proyecto	Oficina Asesora de planeación y profesional estructurador de proyectos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Según la necesidad	No. Proyectos (diseñados) radicados ante la Secretaria de Planeación y/o ministerio de salud / Total de proyectos solicitados por la Gerencia según la necesidad X 100
6	X				Posibilidad de contar con procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Existe un procedimiento y formatos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad 2.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Control interno			X			X								A 31 de marzo de 2023 A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 30 de Enero de 2023

STELLA MEDINA SOLANO
Jefe Oficina Asesora de Planeación

JORGE HERNAN MOJICA MOLINARES
Gerente (Jefe Inmediato)

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Acompañamiento y asesoría en la formulación

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17	
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO	

NIVEL:	ESTRATEGICO	VIGENCIA:	2023
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGOS		
PROCESO:	CALIDAD		
OBJETIVO DEL PROCESO	Definir estrategías orientadas al logro de la misión institucional, de los objetivos estratégicos y en mantener y mejorar el Sistema de Gestión de Calidad en la ESE, en pro del cumplimiento de los mismos y orientados a fomentar una cultura de calidad y mejora continua en el desempeño institucional.		

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE								Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)															
						CAUSA									Afectación Económica			Reputacional		Resultado									RESULTADO				CRONOGRAMA													
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIO N/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado)												FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
																																		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
1	X				Posibilidad de Pérdida de la documentación física y/o digital del Sistema de Gestión de calidad	Virus y/o daño en el software y/o equipo asignado al área de calidad	Virus y/o daño en el software y/o equipo asignado al área de calidad	Operativo y Estratégico	1. Reprocesos por pérdida de la información 2. No conformidades por falta de la información	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 50% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario extendido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	1. Guardar backups de la información del Sistema de Gestión de Calidad en en el disco C 2. Se realizó backup por parte del áre de sistemas	1. Realizar backups de la información del Sistema de Gestión de Calidad en en el disco C. 2. Realizar backup en el servidor del área de sistemas cada 3 meses.	Backups disco C y en el área de sistemas	Responsable de Calidad y Oficina de sistemas			X			X			X			X	Trimestral	No. De Backups realizados en el periodo/ Total de Backups programados X 100
2	X				Posibilidad de incumplimiento de los planes de mejoramientos suscritos con Secretaria Deptal de Salud, Laboratorio de Salud Pública, Supersalud y entes externos.	1. No adherencia a los procesos normativos.	1. No adherencia a los procesos normativos.	Cumplimiento y Operativo	1. Posibilidad de ser un suseso prevenible en la seguridad de la atención de los pacientes y en el mejoramiento continuo de la Empresa 2. Posibilidad de repetir los errores.	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	Planteamiento, control y seguimiento por parte del área de calidad	1. Realizar junto con los responsables de los procesos el planteamiento de las acciones 2. Realizar seguimiento del desarrollo de los planes mejoramiento suscritos. 3. Suscripción de planes de mejora frente a los diferetes hallazgos en auditorías internas y externas 4. Requerir a los Directores de los centros de atención la suscripción de planes de mejoramiento, seguimientos y avances producto de las auditorías internas y externas.	Informes de auditoría y consolidado de los planes de mejoramiento suscritos.	Responsable de Calidad, directores centros de atención y jefes de áreas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	No. de planes de mejoramientos suscritos / Total de planes de mejoramiento solicitados X 90

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE								Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)				CRONOGRAMA														
						CAUSA									Afectación Económica			Reputacional		Resultado									RESULTADO					CRONOGRAMA (Tiempo Programado)														
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACIÓN DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIO N/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
3	X				Posibilidad de incumplimiento en la presentación de informes a los Entes de vigilancia y control, y EPS.	Por entrega y registro inoportuno de la información por parte de las áreas	Por entrega y registro inoportuno de la información por parte de las áreas	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2.Sanciones de los organismos de control	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario contenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alta	1. Dar cumplimiento al Cronograma interno institucional 2. Las EPS y entes de control informan previamente la presentación de informes.	1. Elaborar cronograma de informes para la vigencia 2023 2. Notificar a las áreas el cronograma de entrega de informes. 3. Las EPS y entes de control informan previamente la presentación de informes. 4. Requerir a los Directores de los centros de atención y atención al usuario en la entrega de la información.	Cronograma y soporte del envío del informe	Responsable de Calidad	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Según cronograma y normatividad vigente	No. de informes presentados / Total de informes a presentar X 100
4	X				Posibilidad de contar con procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales y formatos del área desactualizados	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de inspección control y vigilancia	Operacional	1	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Existe un procedimiento y formatos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de control interno (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar, Diseñar y socializar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad 2.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Responsable de Calidad			X			X							A 31 marzo de 2023 A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 26 de Enero de 2023

JESSICA NATALIA BAUTISTA RICO

JESSICA NATALIA BAUTISTA RICO
Responsable proceso de calidad - CPS

STELLA MEDICA SOLANO
Jefe Oficina Planeación (Supervisora)

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Acompañamiento y asesoría en la formulación

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo Oficina de Planeación
Acompañamiento en la formulación

Departamento del Meta
Solución Salud
Empresa Social del Estado

GOBERNACIÓN DEL META

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META

MAPA DE RIESGOS VIGENCIA 2023

SUBGERENCIA ASISTENCIAL

SUBGERENCIA ASITENCIAL
ATENCION AL USUARIO
AUDITORÍA CONCURRENTE
BIOMÉDICO
EPIDEMIOLOGÍA
FARMACIA
LABORATORIO CLÍNICO
ODONTOLOGÍA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	ASISTENCIAL	VIGENCIA:	2023
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGOS		
PROCESO:	SUBGERENCIA ASISTENCIAL		
OBJETIVO DEL PROCESO	Definir en conjunto con la Gerencia las políticas institucionales de atención, el tipo de recursos necesarios para tal efecto, las formas y características de atención, y planear, organizar, evaluar y controlar las actividades relacionadas con la dirección y prestación de servicios de salud, garantizando una adecuada ejecución de los procesos, cumpliendo con los requerimientos para el mejoramiento de la calidad y una atención efectiva al cliente interno y extremo.		

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE								Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA													
						CAUSA									Afectación Económica			Reputacional		Resultado																											
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (Número de veces que se realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
1		X			Posibilidad Pérdida de la documentación en la subgerencia asistencial	Aplicación inadecuada de la Ley General de Archivo.	TRD desactualizada	Cumplimiento y Operativo	Incumplimiento de lo establecido en las tablas de Retención Documental.	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Muy Baja 20% = Afectación menor a 10 SMLMV	20%	Muy Baja	MUY BAJA: El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización. (20%)	Muy Baja	LEVE - Muy baja (2 veces al año) 20%	Muy Baja	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Baja	1. Archivar en orden cronológico la correspondencia tanto la recepcionada como la enviada. 2. Marcar cada folder carpetas según las tablas de retención documental.	1. Archivar en orden cronológico la correspondencia tanto la recepcionada como la enviada. 2. Marcar cada folder carpetas según las tablas de retención documental.	La documentación y organizada cronologicamente en las carpetas, ubicadas en la subgerencia.	Secretaria de Subgerencia asistencial	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	Archivar el 100% la correspondencia en orden cronológico (TRD).
2		X			Posibilidad de incumplimiento de la Ley 1474 de 2011, y demás normatividad vigente (en lo relacionado con las obligaciones y deberes de los supervisores) (SARLAFT y SICOF)	Que el contratista no cumpla con toda la documentación requerida en el contrato.	No realizar el respectivo seguimiento a la ejecución del contrato.	Cumplimiento, Financiero, Operativo y SARLAFT y SICOF	1. Hallazgos por los Entes de control. 2. Demora o no pago de la factura o cuenta de cobro al contratista	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 60 y 100 SMLMV	60%	Moderado	BAJA: El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores. (40%)	Baja	MENOR - Baja (3 a 24 veces al año) 40%	Baja	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	1. Revisar que la cuenta y/o factura cumpla con toda la documentación establecida en el contrato. 2. Realizar y adjuntar a las cuentas de cobro o factura la certificación e informe del supervisor, dando fé del cumplimiento de las obligaciones contractuales del contratista, y demás requisitos que exije la normatividad vigente.	1. Revisar que la cuenta y/o factura cumpla con toda la documentación establecida en el contrato. 2. Realizar y adjuntar a las cuentas de cobro o factura la certificación e informe del supervisor, dando fé del cumplimiento de las obligaciones contractuales del contratista, y demás requisitos que exije la normatividad vigente.	Certificación de la Cantidad de cuentas y facturas verificadas, con los respectivos informes de supervision radicadas en Contabilidad.	Subgerencia Asistencial - Supervisor	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. de cuentas de cobro y/o facturas que no adjuntan los informes y certificaciones del supervisor del contrato / Total de cuentas de cobro y/o facturas causadas X 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS				CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE						Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO-MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA CRONOGRAMA (Tiempo Programado)												INDICADOR
						CAUSA									Afectación Económica			Reputacional		Resultado																									
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIAS		FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	
4		X			Posibilidad de Falsedad en el pago de la seguridad social por parte de los contratistas y proveedores (SARLAFT Y SICOF)	Falta de Verificación al pago de la seguridad social en el operador (página web operador) donde el contratista lleve a cabo los pagos.	Falta de Verificación al pago de la seguridad social en el operador (página web operador) donde el contratista lleva a cabo los pagos.	Cumplimiento, Financiaro, Operativo, SARLAFT y SICOF	1. Causal de mala conducta para el funcionario público que omita el cumplimiento de esa deber 2. Si el contratista no cumple ni acredita el pago al sistema general de seguridad social incurre en un incumplimiento contractual	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Verificar al pago de la seguridad social en el operador (página web) donde el contratista y/o proveedores lleve a cabo los pagos, una vez visualizada en la información en la página web del pago de la seguridad social validando el valor cotizado (cuya base es el 40% del valor del contrato) Para el caso de personas jurídicas verificar la certificación del Revisor Fiscal y/o contador Público con los respectivos antecedentes vigentes y actualizados, tarjeta profesional y cédula de ciudadanía.	1. Verificar el pago de la seguridad social en el operador (página web) donde el contratista y/o proveedores lleve a cabo los pagos, una vez visualizada en la información en la página web del pago de la seguridad social validando el valor cotizado (cuya base es el 40% del valor del contrato) plasmar la firma, nombre completo y la fecha de quien verificó el pago. 2. Para el caso de personas jurídicas verificar la certificación del Revisor Fiscal y/o contador Público con los respectivos antecedentes vigentes y actualizados, tarjeta profesional y cédula	Certificación de la verificación de las planillas del pago de la seguridad social	Subgerencia asistencial - Supervisor y Secretaria de la Subgerencia asistencial	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. De cuentas de cobro y/o facturas de las cuales no se verificó el pago de la seguridad social / Total decuentas de cobro y/o facturas de venta causadas a las cuales se les verificó el pago de la seguridad social X 100
6		X			Posibilidad realizar seguimiento y monitoreo a los procedimientos, guias, instructivos y/o Manuales del área que se encuentren desactualizados	Omisión y olvido	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Existe un procedimiento y formatos.	1. Seguimiento a las áreas a cargo en el diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, Instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Seguimiento a las áreas a cargo en la Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 15 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad 2.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Control Interno					X								A 31 marzo 2023 A 15 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 26 de Enero de 2023

LUZ MARIA CARREÑO LEON
Subgerente Asistencial

JORGE HERNAN MOJICA MOLINARES
Gerente (Jefe Inmediato)

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Acompañamiento y asesoría en la formulación

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo Oficina de Planeación
Acompañamiento en la formulación

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	ASISTENCIAL		
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGOS	VIGENCIA:	2023
PROCESO:	ATENCION AL USUARIO		
OBJETIVO DEL PROCESO	Brindar orientación, información y atención a los usuarios que acceden a los servicios en los 17 centros de atención de la ESE SOLUCION SALUD, dando trámite oportuno a sus necesidades y requerimientos de los usuarios con una cultura humanizada.		

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS				PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE								Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA													
						CAUSA								Afectación			Reputacional																	CRONOGRAMA (Tiempo Programado)												
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACIÓN	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
1			X		Posibilidad en la inoportunidad de dar la respuesta a las PQSF (SARLAFT Y SICOF)	Denuncias y/o demandas para la entidad. Imagen institucional afectada, incumplimiento frente a entes reguladores y EPS Investigaciones penales, pecuniarias o disciplinarias.	Omisión y olvido	Legal, Cumplimiento y Operativo	Operacional	474	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Catastrófico 100% = Mayor a 500 SMLMV	100%	Catastrófico	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (mín 500- máx 500D veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Bajo	1. Cumplir el procedimiento TRAMITE DE PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS-PQRS. 2.Registrar y consolidar mensualmente las PQRS y el área de atención al usuario dará traslado al área competente 3. Realizar seguimiento a la respuesta hecha al usuario.	1. Cumplir el procedimiento TRAMITE DE PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS-PQRS. 2.Registrar y consolidar mensualmente las PQRS y el área de atención al usuario dará traslado al área competente 3. Realizar seguimiento a la respuesta hecha al usuario. 4. Solicitar formalmente a la ventanilla unica que toda PQRD sea radicada a la oficina de atención al usuario para el respectivo control.	Informe mensual de PQSF radicar ante la Gerencia y Subgerencias.	Profesional de Atención al Usuario	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual (Los 15 días, una vez vencido el mes)	No. PQRS tramitadas oportunamente durante el mes / Total de PQRF recibidas en el mes X 100
2			X		Posibilidad de incumplimiento en la programación de reuniones de Asociación de usuarios.	Incumplimiento de la ley, Imagen institucional afectada, incumplimiento frente a entes reguladores y EPS Investigaciones disciplinarias.	Omisión y olvido	Legal, Cumplimiento y Operativo	Operacional	204 (1 reunion mensual al año por cada uno de los centros de antención = 12 x 17 C.A.)	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 60% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Bajo	1. Convocar reunión mensualmente a los miembros de la Asociación de usuarios y soportarla con el acta. (Director Centro de Atención)	1. Convocar reunión mensualmente a los miembros de la Asociación de usuarios y soportarla con el acta. (Director Centro de Atención)	Actas mensuales de reunión de Asociación de Usuarios	Profesional de Atención al Usuario, Directores C. Atención y auxiliares de atención al usuarios.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	No. de reuniones de Asociación de Usuario convocadas y realizadas / Total de reuniones de Asociación de Usuarios convocadas en el año X 100
3			X		Posibilidad de incumplimiento en la programación de reuniones de Comité de Ética Hospitalaria (Dar cumplimiento al Decreto 1757 de 1994).	Incumplimiento de la ley, Imagen institucional afectada, incumplimiento frente a entes reguladores y EPS Investigaciones disciplinarias.	Omisión y olvido	Legal, Cumplimiento y Operativo	Operacional	204 (1 reunion mensual al año por cada uno de los centros de antención = 12 x 17 C.A.)	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Bajo	1. Convocar mensualmente a los miembros del Comité de Etica y soportarla con el acta. (Director Centro de Atención)	1. Convocar mensualmente a los miembros del Comité de Etica y soportarla con el acta. (Director Centro de Atención)	Actas mensuales de reunión de Comité de Ética Hospitalaria	Profesional de Atención al Usuario, Directores C. Atención y auxiliares de atención al usuarios.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual (Los 15 días, una vez vencido el mes)	No. de Comités de Etica llevados a cabo / Total de Reuniones convocadas para realizar el Comité de Etica X 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS				PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE							Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)				CRONOGRAMA (Tiempo Programado)													
						CAUSA								Afectación			Reputacional		Resultado																													
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIO N/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
4			X		Posibilidad de incumplimiento en la medición d e la percepción de la satisfacción del usuario.	Incumplimiento de la ley, Imagen institucional afectada, Incumplimiento frente a entes reguladores y EPS Investigaciones disciplinarias.	Omisión y olvido	Legal, Cumplimiento y Operativo	Operacional	204 (1 reunion mensual al año por cada uno de los centros de atención = 12 X 17 C.A.)	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Dar cumplimiento al procedimiento MEDICION DE SATISFACCION DEL USUARIO de evaluación de la percepción del grado de satisfacción de los usuarios atendidos en la Entidad.	1. Dar cumplimiento al procedimiento MEDICION DE SATISFACCION DEL USUARIO de evaluación de la percepción del grado de satisfacción de los usuarios atendidos en la Entidad.	Informe de análisis mensual de percepción del grado de satisfacción de los usuarios atendidos en la Empresa Social del Estado ante la Gerencia y Subgerencias	Profesional de Atención al Usuario, Directores C. Atención y auxiliares de atención al usuarios.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual (Los 15 días, una vez vencido el mes)	No. Informes presentados a la Gerencia y Subgerencias / Total de meses del año X 100
5			X		Posibilidad de contar con procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Existe un procedimiento y formatos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023. 3. Socializar los manuales a las áreas pertinentes.	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad 2.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados. 3. Socializar los manuales a las áreas pertinentes.	Profesional de Atención al Usuario					X								A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 20 de Enero de 2023

MARY IDALI PEREZ RODRIGUEZ
Líder proceso Atención al Usuario Nivel Central

LUZ MARIA CARREÑO LEON
Subgerente Asistencial (Jefe Inmediata)

OLGA LUCIA BACCERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Acompañamiento en la formulación

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo Oficina de Planeación
Acompañamiento en la formulación

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/16	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	ASISTENCIAL		
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGOS	VIGENCIA:	2023
PROCESO:	AUDITORIA CONCURRENTE		
OBJETIVO DEL PROCESO	Realizar un seguimiento, evaluación, análisis a la calidad de la prestación de los servicios a pacientes atendidos en la entidad en tiempo real, oportunidad y pertinencia en pro de la calidad en la atención a los pacientes emitiendo las recomendaciones de mejoramiento a cada centro de atención (17 centros de atención)		

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE								Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)															
						CAUSA									Afectación Económica			Reputacional		Resultado									RESULTADO					CRONOGRAMA												
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN /PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
1			X		Posibilidad de no reportar al área de sistemas la inactivación de los usuarios asistenciales de Hosvital HIS y de dominio (SALAFT Y SICOF)	Omisión y olvido	Ingresar registros clínicos posterior a la fecha de retiro del funcionario y contratista	Operativo y cumplimiento	Alteración de los registros clínicos en el sistema de Información	Operacional y salud	240 (Rotación de personal asistencial)	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Firma del formato de paz y salvo de los funcionarios	1.Solicitar al director de cada centro de atención el listado del personal asistencial asignado a cada centro de atención. 2. Solicitar a cada director de centro de atención reporte mensualmente el listado del personal que de va desvinculando de la entidad. 3. Reportar al área de sistemas mediante correo electrónico la inactivación del usuarios asistenciales de HOSVITAL HIS y dominio.	Solicitudes a los directores de los centros de atención y correos electrónicos de reporte al área de sistemas.	Auditoria Concurrente y Directores de Centros de atención	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Informe Mensual radicar los 05 primes días de cada mes (información del mes vencido)	Cantidad de usuarios asisteciales activos vs. Cantidad de personal asistencial vinculado a cada centro de atención
2			X		Posibilidad de no Auditar mensualmente el 30% de las historias clínicas de hospitalización en los centros de atención (Muestra 30%) (SARLAFT y SICOF)	Omisión y olvido	Fallas en el sistema de información	Operativo	1. No pertenecia al proceso hospitalario. 2. Financieras	Operacional y salud	12	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Baja=40% = Entre 10 y 50 SMLMV	40%	Baja	BAJA: El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores. (40%)	Baja	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Baja	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Ninguno	1. Realizar auditorías a las historia clínicas de hopitalización tomando como muestra el 30% del total de las hospitalizaciones mensuales de los 17 centros de atención. 2. Presentar un informe de auditoria mensual a la subgerencia Asistencial 3. Socializarlo en mesa de trabajo con lo subgerencia asistencial los hallazgos registrados en los informes de auditoria mensualmente.	1. Informe de auditoria de hopitalización radicado. 2. Socializarlo en mesa de trabajo con la subgerencia asistencial - Acta	Auditoria Concurrente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Informe Mensual radicar los 15 días de cada mes (información del mes vencido) socializarlo	No. de historias clínicas de hospitalización auditadas según la muestra tomada (30%) / Total de historias clínicas del servicio de hospitalización a Auditar según la muestra x 100
3			X		Posibilidad de no Auditar mensualmente las historias clínicas de urgencias de reingresos menor a 72 horas	Omisión y olvido	Fallas en el sistema de información	Operativo	1. Falta de escolaridad, evidencia de no adherencia a guías, manejo inadecuado o insuficiente	Operacional y salud	12	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Ninguno	1. Realizar auditorías a las historia clínicas de reingresos por urgencias menores a 72 horas mensuales de los 17 centros de atención. 2. Presentar un informe de auditoria mensual a la subgerencia Asistencial 3. Socializarlo en mesa de trabajo con la subgerencia asistencial los hallazgos registrados en los informes de auditoria mensualmente.	1. Informe de auditoria de reingresos por urgencias menores a 72 horas radicado mensualmente 2. Socializarlo en mesa de trabajo con la subgerencia asistencial - Acta	Auditoria Concurrente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Informe Mensual radicar los 15 días de cada mes (información del mes vencido) socializarlo	No. de historias clínicas de reingresos por urgencias menores a 72 horas auditadas mensualmente / Total de historias clínicas reingresos por urgencias menores a 72 horas a Auditar mensualmente x 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	PROCESOS: Misional	PROCESOS: Apoyo	PROCESOS: Evaluación y Control	DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS: CAUSA: INMEDIATA	ANALISIS: CAUSA: RAIZ	ANALISIS: TIPO DE RIESGO	ANALISIS: CONSECUENCIA	ANALISIS: CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE: PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	PROBABILIDAD INHERENTE: % Probabilidad	PROBABILIDAD INHERENTE: Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE: Afectación Económica: Afectación Económica	IMPACTO INHERENTE: Afectación Económica: %	IMPACTO INHERENTE: Afectación Económica: NIVEL DE AFECTACION	IMPACTO INHERENTE: Reputacional: Reputacional	IMPACTO INHERENTE: Reputacional: NIVEL	IMPACTO INHERENTE: Resultado: % DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE: Resultado: NIVEL DE IMPACTO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Implementación	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Calificación	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Documentación	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Frecuencia	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Evidencia	VALORACION DEL RIESGO: RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	VALORACION DEL RIESGO: CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACION/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCION	INDICADOR
4			X		Posibilidad de no Auditar mensualmente la adherencia de la guía de manejo de hipertensión arterial, crecimiento y desarrollo y sífilis (trimestralmente con una muestra del 95% y margen de error del 5%) a los 17 centros de atención	Omisión y olvido	1. Incumplimiento normas 2. Riesgos en la prestación de los servicios de salud. 3. Riesgo de demandas. 4. Posibilidad de eventos de seguridad del paciente.	Cumplimiento y Operativo	Diligenciamiento inadecuado , no pertinente , sin justificación, sin los parámetros de norma, por parte del personal asistencial	Operacional y salud	4 informes al año (trimestral)	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO; El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Auditar mensualmente la adherencia de la guía de manejo de hipertensión arterial, crecimiento y desarrollo y sífilis (trimestralmente con una muestra del 95% y margen de error del 5%) a los 17 centros de atención	Auditar mensualmente la adherencia de la guía de manejo de hipertensión arterial, crecimiento y desarrollo y sífilis (trimestralmente con una muestra del 95% y margen de error del 5%) a los 17 centros de atención 2. Realizar el informe a los directores y team socializados al Comité de Historias clínicas. 4. Definir planes de mejoramiento a que haya lugar 5. Socializarlo en mesa de trabajo con la subgerencia asistencial los hallazgos registrados en los informes de auditoría trimestralmente.	1. Informe de auditoría 2. Socializarlo en mesa de trabajo con la subgerencia asistencial - Acta - trimestralmente 3. Remisión a centros de atención	Auditoría Concurrente	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Mensual (1A 20 de cada mes - Mes vencido)	Radicar el 100% de los informes de auditoría
5			X		Posibilidad de contar con procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	Sanciones administrativa	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO; El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	No existe procedimiento para auditoría concurrente	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Diseñar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad 2. Procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Auditoría Concurrente						X						A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 25 de Enero de 2023

MARTHA LEIDY RODRIGUEZ QUINTERO
Auditor concurrente

LUZ MARIA CARREÑO LEON
Subgerente Asistencial (Jefe inmediata)

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Asesoría y Acompañamiento en la formulación

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo Oficina de Planeación
Acompañamiento en la formulación

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	ADMINISTRATIVO	VIGENCIA:	2023
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGOS		
PROCESO:	BIOMÉDICO		
OBJETIVO DEL PROCESO	Gestionar, realizar y velar por el mantenimiento preventivo, correctivo, calibración y capacitación de funcionamiento de los equipos biomédicos de los centros de atención de la Empresa Social del Estado Solucion Salud		

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control	DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS: CAUSA: INMEDIATA	CAUSA: RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad
1			X		Posibilidad de No cumplimiento de las actividades del Plan de mantenimiento Preventivo con Repuestos de equipos Biomedicos de mala calidad. (SARLAFT)	Inadecuada planeación y ejecución de los mantenimientos de los Equipos No revisar los repuestos cuando cuando se compran	1. No suministro de los repuestos para el mantenimiento correctivo 2. Reporte inoportuno de los Equipos con fallas.	Cumplimiento, Operativo y Corrupción	1. Daño en los equipos en los centros de Atencion para la prestación de los servicios de salud 2. Parálisis en los procesos misionales 3. Genera altas consecuencias financieras y de operación sobre la entidad.	Operacional	3060	Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	80%	Alta
2			X		Posibilidad de que el Director del Centro de Atencion de Salud no informe oportunamente el daño del equipo (Mantenimiento correctivo)	Inadecuada Comunicación	Inoportunidad en las reportes por parte del director del centros de atención y jefes de área.	Cumplimiento y Operativo	1. Daño en los equipos en los centros de Atencion para la prestación de los servicios de salud 2. Parálisis en los procesos misionales 3. Genera altas consecuencias financieras y de operación sobre la entidad.	Operacional	1	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media
4			X		Posibilidad de no cumplimiento de las actividades de calibraciones a los equipos biomédicos	1. Hallazgos de los Entes de Vigilancia y Control 2. Sanciones 3. Cierre de las IPS	1. Hallazgos de los Entes de Vigilancia y Control 2. Sanciones 3. Cierre de las IPS	Operativo, cumplimiento	Sanciones y hallazgos de las EPS Cierre de servicios	Operacional	0	Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	80%	Alta

Nº DE RIESGO	IMPACTO INHERENTE: Afectación: Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACIÓN	Reputacional	NIVEL	Resultado: % DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORACION DEL RIESGO: RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES
1	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Cronograma de Mantenimiento preventivo 2. Verificación en el Centro de Atencion del cumplimiento del mantenimiento preventivo y hojas de vida y hoja de mantenimiento de los equipos por parte del contratante. 3. El jefe de area y director del centro de atención verifican y firman formato de cumplimientos por area
2	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	Sistema de comunicación vía telefónica y/o correo electrónico
4	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	Ninguno ya que no hubo calibraciones

Nº DE RIESGO	PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA: CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
1	1. Cronograma de Mantenimiento preventivo 2. Verificación en el Centro de Atencion del cumplimiento del mantenimiento preventivo y hojas de vida y hoja de mantenimiento de los equipos por parte del contratante. 3. El jefe de area y director del centro de atención verifican y firman formato de cumplimientos por area	1. Hojas de vida delo equipos biomedicos. 2. Hojas de mantenimiento 3. Acta de revisión de mantenimiento por servicio	Biomedicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. actividades ejecutadas según el cronograma de mantenimiento preventivo/ Total de actividades programadas en cronograma del mantenimiento preventivo X 100
2	1. Diseñar un google forma para reportar en forma oportuna las fallas o daños presentados en los Equipos Biomedicos. 2. Realizar Acta de las visitas realizadas. 3. Elaborar informe ejecutivo de mantenimientos realizados y registros fotográficos de los Equipos donde se evidencia el antes y el después de los equipos.	Google forms, acta visita, formato reporte y formato de mantenimiento	Biomedicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. mantenimientos correctivos ejecutados / Total de mantenimientos correctivos solicitados al mes X 100
4	1. Levantar la necesidad para la compra de simuladores e instrumentos patron 2. Manual de calibraciones 3. Certificar las calibraciones 4. Realizar un cronograma de calibraciones	1. La necesidad para la compra de simuladores e instrumentos patron 2. Manual de calibraciones 3. Certificar las calibraciones 4. Cronograma de calibraciones	Biomedicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. De calibraciones ejecutadas / Total de calibraciones programadas X 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE							Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO: MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA CRONOGRAMA (Tiempo Programado)											INDICADOR
						CAUSA									Afectación			Reputacional		Resultado																							
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces en todas la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIO N/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	MA	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCION	
5			X		Posibilidad de contar con procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Falta de Procesos y procedimientos	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuario de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Existe un procedimiento y formatos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad 2.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, Instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Biomedicos			X		X							A 31 de marzo de 2023 A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, Instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, Instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 30 de Enero de 2023

VALENTINA RAMIREZ TRIANA
Ingeniera Biomédica - CPS

LUZ MARIA CARREÑO LEON
Subgerente Asistencial (Jefe Inmediata)

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Acompañamiento y asesoría en la formulación

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo Oficina de Planeación
Acompañamiento en la formulación

Sebastian E.
JUAN SEBASTIAN ECHEVERRY REY
Bioingeniero -CPS

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	ASISTENCIAL		
COMPONENTE:	RIESGOS POR PROCESOS	VIGENCIA:	2023
PROCESO:	EPIDEMIOLOGIA		
OBJETIVO DEL PROCESO	Realizar el analisis del comportamiento de los eventos de interés en salud pública, brindando el apoyo y asesoramiento que garanticen la calidad en la prestación de los servicios de salud de la Empresa Social del Estado del Departamento del Meta E.S.E. Solucion Salud.		

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE							
						CAUSA		TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación			Reputacional		Resultado	
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ								Afectación Economica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO
1			X		Posibilidad de incumplimiento en los lineamientos de Vigilancia en salud pública verificando la presentación de informes por parte de los 17 centros de atención (Aquí se generan 2 informes: 1. BAI transmisibles y no transmisibles, 2. Tuberculosis X 17)	Por omisión y olvido	Falta de control en las fechas de envío de informes	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y Vigilancia. 2. Requerimientos de los Entes de Control y EPS	Operacional	408	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Mayor
2			X		Posibilidad de incumplimiento en la notificación de los archivos planos o inoportunidad en el envío de los mismos verificando la notificación semanal de los eventos de interés en salud pública a través del aplicativo SIVIGILA por parte de los 17 centros de atención	Por omisión y olvido	Falta de control en las fechas de envío de informes	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Requerimientos de los Entes de Control y EPS	Operacional	884 (52X17)	Alta (mín 500- máx 5000 veces año) 80%	80%	Alta	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (mín 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor

Nº DE RIESGO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)																	
							RESULTADO						CRONOGRAMA													
	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIO N/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado)													FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
												E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
1	DETECTIVO (15%)	AUTOMATICO (25%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	Verificar que la información se redique al correo electrónico institucional de Epidemiología por parte de los 17 centros de atención.	1. Oficiar el cronograma de presentación de informes la BAY y Tuberculosis vigencia 2023. 2. Los 10 primeros días de cada mes se presentan los informes a la Secretaría Salud de cada municipio y a las EPS.	Oficio con cronograma	Profesional líder del proceso de Epidemiología del Nivel Central y los Directores de los 17 Centros de Atención, Enfermeras, bacteriólogos de los centros de atención y Subgerencia Asistencial.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10 primeros días de cada mes	No. De informes presentados mensualmente a la SLS y a las EPS / Total de informes a presentar ante la SLS y EPS mensualmente X 100
2	PREVENTIVO (25%)	AUTOMATICO (25%)	50%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Revisar el correo institucional verificando el cumplimiento del envío de la notificación por parte de cada centreo de atención. 2.Retroalimentar la información a las IPS en caso de encontrar hallazgos. 3. Consolidar la notificación de las IPS	1. Revisar el correo institusional verificando el envío de la notificación por parte de cada centreo de atención. 2.Retroalimentar la información a las IPS en caso de encontrar hallazgos. 3. Consolidar la notificación de las IPS	1. Carpetas individuales de la notificación semanal de los CA. 2. Consolidación de eventos.	Profesional líder del proceso de Epidemiología del Nivel Central y los Directores de los 17 Centros de Atención, bacteriólogos de los centros de atención y Subgerencia Asistencial.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Semanal	No. de semanas con informe de seguimiento a la notificación de los eventos de interés en salud pública / Total de semanas epidemiológicas del 2023 X 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE							Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)																
						CAUSA									Afectación			Reputacional		Resultado									RESULTADO						CRONOGRAMA CRONOGRAMA (Tiempo Programado)											
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACION/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
3			X		Posibilidad de contar con procedimientos, guías, protocolos, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Por omisión y olvido	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Requerimientos de los Entes de Control y EPS	Operational	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Baja-40% = Entre 10 y 50 SMLMV	40%	Baja	BAJA: El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores. (40%)	Baja	MENOR - Baja (3 a 24 veces al año) 40%	Baja	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Bajo	Existe un procedimiento y formatos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, protocolos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar y socializar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, protocolos guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el área de calidad 2.Caracterización, procedimientos guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Epidemiología					X							A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, protocolos, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, protocolos formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 24 de Enero de 2023

Sandra Garcia
SANDRA MAGNOLIA GARCIA CHAVARRO
Proceso de Epidemiología

LUZ MARIA CARRERO LEON
Subgerente Asistencial (Jefe Inmediata)

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Acompañamiento y asesoría en la formulación

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo Oficina de Planeación
Acompañamiento en la formulación

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE Solución SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17	
MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO	

NIVEL:	ADMINISTRATIVO	VIGENCIA:	2023
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGOS		
PROCESO:	FARMACIA		
OBJETIVO DEL PROCESO	Gestionar, verificar, controlar y hacer el seguimiento a los suministros de medicamentos, reactivos de diagnostico y dispositivos medicos para los servicios misionales de la Empresa Social del Estado Solución Salud.		

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE						Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control					VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO: MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA													
						CAUSA									Afectación			Reputacional		Resulta						RESULTADO						CRONOGRAMA (Tiempo Programado)												
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE Información/P RODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCION	INDICADOR
1			X		Posibilidad de incumplimiento en entregas de pedidos por parte del proveedor	1. Falta de control 2.Dificultades en la etapa de planeación en entrega por parte del Proveedor	1. Falta de control de existencia de insumos	Cumplimiento y Operativo	1. Repetición de todas las actividades que se desprenden al recibir un pedido, esto causa pérdida de tiempo laboral. 2. Incertidumbre al recibir ya que puede que los insumos urgentes no estan en la entrega parcial. 3.Quejas ante las EPS y/SUPERSALUD por parte de los usuarios del servicio por no tener acceso a los medicamentos para su tratamiento intrahospitalario.	Operacional	4 entregas al año	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	###	DOCUMENTADO	ALEATORIA	CON REGISTRO	Moderado	Realizar el control y seguimiento a la programación de necesidades identificando las cantidades y entrega de la solicitud de pedido	1. Realizar el control y seguimiento a la programación de necesidades identificando las cantidades y entrega de la solicitud de pedido 2. Realizar el respectivo ingreso de farmacia en el software financiero-SEVEN para posteriormente realizar el traslado de los pedidos a los Centros de Atención. 3. Verificar los stock-existencias de medicamentos en cada centro de atención para evitar acumulación y posteriores pérdidas. 4. Revisar las existencias y realizar rotación de medicamentos e insumos hospitalarios entre los Centros de Atención que no tengan existencia de lo requerido.	1. Inventarios actualizados por Centro de atención 2.Reporte de necesidades	Regente de Farmacia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. de entregas de insumos realizadas por el proveedor / Total de entrega de insumos planeadas según contrato X 100
2			X		Posibilidad de incumplimiento en la presentación de informes a los Entes de vigilancia y control.	Falta de control en el seguimiento y elaboración de los informes a los Entes de Control	1. Falta de control en las fechas de envío de informes 2. Fallas en el sistema o pérdida de información	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Generación de Intereses de mora y/o multas. 2.Sanciones de los organismos de control	Operacional	4	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (20%)	MANUAL (15%)	###	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	Dar cumplimiento al Cronograma donde se listan los informes a presentar de acuerdo a la Ley.	1. Elaborar cronograma de informes para la vigencia 2023 2. Elaborar y presentar en forma oportuna los informes de la SUPERSALUD,-SISMED CALIDAD, CONTABILIDAD y demás entes que lo requieran dentro de los plazos, formatos y plataforma establecida.	Cronograma y soporte del envío del informe	Regente de Farmacia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Según cronograma y normatividad vigente	No. de informes presentados / Total de informes a presentar X 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS					DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ANÁLISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE						Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control							VALORACIÓN DEL RIESGO		CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACCIÓN (ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO; MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)															
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control			CAUSA		RAIZ	TIPO DE RIESGO	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (Nº veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	NIVEL Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	Resulta	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	RESULTADO																		
3			X			Posibilidad de firmar la entrega de insumos sin que estos lleguen al servicio farmacéutico (SARLAFT-SICOF)	Debilidades en la etapa de planeación		Incumplimiento a la normatividad	Cumplimiento, corrupción y operativo (SARLAFT-SICOF)	Operacional	17 centros de atención	40%	Baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	40%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto público externo a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	LEVE - Muy baja (2 veces al año) 20%	Mayor	DETECTIVO (15%)	MANUAL (15%)	###	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alta	Mayor	Operacional	17 centros de atención	80%	Alta	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto público externo a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (mín 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	DETECTIVO (15%)	MANUAL (15%)	###	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alta	Mayor
4			X			Posibilidad de no llevar a cabo la Recepción Técnica de las facturas de medicamentos, dispositivos médicos, laboratorio, RX y odontológicos.	Falta de Compromiso del Responsable en el contrato		Incumplimiento a la normatividad	Legal, Financiero, cumplimiento y Operativo	Operacional	4	40%	Baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	40%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto público externo a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (mín 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	###	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Baja	Mayor	Operacional	4	40%	Baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	40%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto público externo a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (mín 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	###	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Baja	Mayor
5			X			Posibilidad de existencia de diferencias en el saldo del sistema contra el conteo físico de medicamentos e insumos médicos (inventarios). SARLAFT -SICOF	1. Desarrollo equivocado de los sistemas por medio del sistema o software 2. Entrega de insumos diferentes a los descargados 3. Inventarios desactualizados. 4. Fallas de estructura del software o interfaces de HOSVITAL Y SEVEN 5. Falta actualización del software acorde a la necesidad de la E.S.E. Solución Salud		1. Incumplimiento a la normatividad 2. Falta de actualización del software acorde a la necesidad de la E.S.E. Solución Salud	Legal, Financiero, cumplimiento y Operativo- SARLAFT -SICOF	Operacional	17 centros de atención	80%	Alta	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto público externo a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (mín 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	DETECTIVO (15%)	MANUAL (15%)	###	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alta	Mayor

CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE información/ PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado)												FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
Recepcionar los pedidos de medicamentos con el auxiliar de farmacia, Regente de Farmacia, Almacén y el delegado del proveedor.	Recepcionar los pedidos de medicamentos con el auxiliar de farmacia, Regente de Farmacia, Almacén y el delegado del proveedor.	Facturas, entidas por el proveedor con el detallado de los medicamento y/o insumos que se entregan.	Regente de Farmacia													Permanente	No. de entrega de medicamentos , dispositivos médicos, y odontológicos realizadas en presencia del personal del area de farmacia del nivel central / Total de entregas de medicamentos , dispositivos médicos, y odontológicos X 100
Dar cumplimiento a la recepción, almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos, RX y odontológicos, mediante el software financiero-SEVEN.	1. Dar cumplimiento a la recepción, almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos, RX y odontológicos, mediante el software financiero-SEVEN.	Reporte del software financiero, generado desde el software financiero-SEVEN	Regente de Farmacia													Permanente	No. de recepciones técnicas de medicamentos, dispositivos médicos, y odontológicos realizadas / Total de facturas de medicamentos, dispositivos médicos, RX y odontológicos recibidos por el proveedor según el contrato X 100
1. Elaborar cronograma de inventarios para cada centro de atención. Liderado por la Almacenista General, la Regente de Farmacia, los auxiliares de farmacia, los Directores de los Centros de atención, con el apoyo de los Ingenieros de sistemas que tienen el soporte del software asistencial-HOSVITAL Y financiero-SEVEN, con el fin de revisar y depurar las fallas tecnicas existentes en HOSVITAL y SEVEN, generar los respectivos reportes de [illegible]	1. Implementación de cronograma de inventarios para cada centro de atención. Liderado por la Almacenista General, la Regente de Farmacia, los auxiliares de farmacia, los Directores de los Centros de atención, con el apoyo de los Ingenieros de sistemas que tienen el soporte del software asistencial-HOSVITAL Y financiero-SEVEN, con el fin de revisar y depurar las fallas tecnicas existentes en HOSVITAL y SEVEN, generar los respectivos reportes de kardex de existencias registrados en los dos sistemas, hacer el barrido y subsanar las diferencias de registros en tiempo real, para posteriormente ingresar los diferencias al software financiero. 2. Emitir el reporte del kardex de inventario registrado en HOSVITAL, SEVEN y el inventario físico. 3. Realizar el acta respectiva, con la firma de los integrantes del proceso.	Reporte del software asistencial HOSVITAL y financiero-SEVEN	Regente de Farmacia, auxiliares de farmacia, Directores Centros de atención, Almacenista General y Jefe de oficina de Sistemas y/o Ingenieros soportes de HOSVITAL Y SEVEN													Permanente	No. de inventarios realizados y depurados en Centros de atención / Total de inventarios a realizar por Centro de atención X 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	PROCESOS: Misional	PROCESOS: Apoyo	PROCESOS: Evaluación y Control	DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS – CAUSA: INMEDIATA	ANALISIS – CAUSA: RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF
6			X		Posibilidad de no realizar la entrega de los insumos solicitados en los tiempos establecidos.	1. No alistamiento de los pedidos a tiempo 2. Cambio en el Cronograma del Vehículo destinado a la entrega de pedidos 3. Entrega a destiempo de la solicitud de Pedido al Área Farmacéutica por parte del proveedor	1, Incumplimiento en la entrega por parte del proveedor	Legal, Financiero, cumplimiento y Operativo- SARLAFT	1. Retraso en la facturación y entrega de los pedidos 2. Entrega fuera del tiempo estipulado y cambio de agenda del responsable 3. Posibilidad de presentar desabastecimiento de insumos en los Centro de Salud	Operacional
7			X		Posibilidad de recepción de medicamentos con vencimientos de con lo establecidos en el manual de almacén y contrato SARLAFT - SICOF	Disponibilidad insuficiente de lotes con más vigencia	1. Requerimiento no registrado en el contrato 2. Olvido o desconocimiento	Legal, Cumplimiento y Operativo- SARLAFT - SICOF	1. Oportunidad de vencimiento de los insumos 2. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 3. Sanciones de los organismos de control 4. Detrimento patrimonial	Operacional
8			X		Posibilidad de Vencimiento de Medicamentos, Dispositivos Médicos, Insumos Odontológicos. SARLAFT -SICOF	Falta de compromiso por parte de los responsables	1. Poca rotación de inventarios entre Centros de atención 2. Incumplimiento a la normatividad 3. Medicamentos en los Stocks o KITS por norma y solicitud de entes de control	Legal, Cumplimiento y Operativo- SARLAFT -SICOF	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control 3. Detrimento patrimonial	Operacional

Nº DE RIESGO	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE – Afectación: Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional: Reputacional	NIVEL	Resulta: % DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO
6	17 centros de atención	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	BAJA: El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores. (40%)	Baja	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Baja
7	17 centros de atención	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (60%)	Mayor	MAYOR - Alta (mín 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor
8	17 centros de atención	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (60%)	Mayor	MAYOR - Alta (mín 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor

Nº DE RIESGO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORACION DEL RIESGO – RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES
6	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	###	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Elaborar la salida, empaque, y distribución de los pedidos para cada Centro de atención.
7	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	###	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	Recepcionar medicamentos con fechas superiores a 12 meses de lo contrario con carta de compromiso no mayor a 3 meses realizar la devolución.
8	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	###	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	Semaforización por parte del Servicio Farmacéutico.

Nº DE RIESGO	PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE Información/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE
6	1. Elaborar la salida, empaque, y distribución de los pedidos para cada Centro de atención. 2. Elaborar los respectivos traslados en el software-SEVEN	Reporte del software financiero-SEVEN	Regente de Farmacia
7	1. Recepcionar medicamentos con fechas de vencimientos según lo registrado en el manual de almacen y en el contrato, y en caso que los medicamentos comprados y distribuidos en los centros de atención por su rotación están próximos a vencer se elabora carta de compromiso con el proveedor no mayor a 3 meses realizar la devolución. 2. Realizar reporte escrito de devolución al proveedor para cambio por mayor fecha de vencimiento.	Documentos enviados al Proveedor	Regente de Farmacia
8	1. Semaforización por parte del Servicio Farmacéutico de cada centro de atención 2. Rotación de inventarios entre Centros de atención 3. Reportes de proximos a vencer y/o bajas rotaciones 4. Acta de baja de medicamentos vencidos con su respectiva justificacion Firmada por el Director del Centro de atención y la Regente de farmacia y/o auxiliar de farmacia. 5. Radicar porparte de los centros de atención ante la regencia de farmacia y almacén del nivel central todas las actas de comités de comite de farmacia.	Actas de Comités de farmacia de todos los centros de atención y reportes de rotación	Regente de Farmacia

Nº DE RIESGO	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
6	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. de salidas de pedidos, salida de odontología, y traslados realizados / Total de pedidos requeridos por los Centros de atención X100
7	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. De medicamentos , dispositivos médicos y odontológicos recepcionados con vencimiento según manual de almacén y contrato / Total de medicamentos en cartas de compromiso no mayor a 3 meses de devolución X 100
8	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. De medicamentos , insumos médico quirúrgicos, Laboratorio, RX y odontológicos vencidos / Total de medicamentos , insumos medico quirúrgicos, La boratorio, RX y odontológicos X 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE								Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control					VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA CRONOGRAMA (Tiempo Programado)											
						CAUSA									Afectación			Reputacional		Resulta																									
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAÍZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FREQUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces al año que se ejecuta la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE Información/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
9			X		Posibilidad de contar con procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Falta de Procesos y procedimientos	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 50% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	###	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Existe un procedimiento y formatos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad 2.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Regente de Farmacia			X		X								A 31 de marzo de 2023 A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 31 de Enero de 2023

MARITZA YAMILE CHIRIVA MORENO
Refente Nivel central

LUZ MARIA CARREÑO LEON
Subgerente Asistencial (Supervisora)

CAROLINA MUNOZ OCAMPO
Subgerente Administrativa y Logística

YENNY JUDIT MARTINEZ AGUILERA
Almacenista General

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Asesoría y Acompañamiento en la formulación

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo Oficina de Planeación
Acompañamiento en la formulación

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	ASISTENCIAL	VIGENCIA:	2023
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGOS		
PROCESO:	LABORATORIO CLINICO		
OBJETIVO DEL PROCESO	Dar respuesta a la demanda de apoyo diagnóstico, de seguimiento a tratamiento y de detección temprana mediante exámenes de laboratorio clínico con oportunidad y calidad en los 17 centros de atención de la ESE Solución Salud		

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control	DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS CAUSA: INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGOS SARLAFT, SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE: Afectación: Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	Resultado: % DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO
1		X			Posibilidad de fallas en la oportunidad en la prestación del servicio de laboratorio	1. Falta profesional de laboratorio 2. Equipos que presentan fallas en su funcionamiento por tiempo prolongado 3.Problemas para garantizar la suficiencia mínima de insumos y reactivos. 4. Fallas en la planeación de adquisición de insumos y reactivos con tiempo suficiente	1. Baja oferta de profesionales para trabajar en municipios del Departamento 2.Falta Plan de contingencia para mantenimiento correctivo inmediato y suficiencia de funcionamiento de Equipos 3. Inconvenientes con el suministro por escasez de reactivos.	Legal, financiero, cumplimiento y Operativo	1. Disminución en los montos de facturación 2.Quejas o reportes de la no prestación del servicio por parte de los usuarios a las EPS y/o SUPERSALUD 3. Hallazgo de los entes de vigilancia y control	Operacional	6205 (365 días X 17 Centros de Atención)	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental e municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (mín 500- máx 5000 veces al año) 80%	Mayor
2		X			Posibilidad de presentarse un evento adverso por fallas en la calidad de los resultados	1. Confusión o error por parte del profesional en el reporte de resultados 2. Programa de control de calidad no aplicado	1. Ausencia en el proceso de validación de los resultados por parte del profesional de laboratorio clínico. 2. Falta control de calidad interno y Externo	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Fallas terapéuticas para el paciente por fallas en el resultado 2.Hallazgo por los entes de control y vigilancia 3.Quejas o requerimientos por parte de los pacientes ante la EPS y/o Supersalud.	Operacional	17	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado

Nº DE RIESGO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORACION DEL RIESGO: RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACION N/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCION	INDICADOR
1	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Se realizan solicitud de pedido a los 17 Centros de Atención con anticipación la necesidad para elaborar el estudio previo para contrato. 2. Se realizan convocatorias continuas mediante redes sociales para la consecución de hojas de vida profesionales en bacteriología.	1. Solicitar por correo se gestione la vinculación de un Bacteriólogo rotativo para suplir las necesidades de personal. 2. Apoyar la consolidación de los pedidos con anticipación para proyectar el Estudio previo. 3. Hacer seguimiento al plan o cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo que realizan los Biomédicos a los Equipos de Laboratorio. 4. Planiear un plan de medios para el mejoramiento de la imagen de los laboratorios en Universidades y Asociaciones de bacteriólogos y medios de difusión de la ESE	1. Cuadro mensual de distribución y rotación de los bacteriólogos de la E.S.E. Solución Salud 2. Usar el Plan de medios para la requerir profesionales.	Líder proceso de laboratorio clínico con apoyo de Subgerente asistencial, Biomedicos , equipo de comunicaciones de la E.S.E. Solución Salud	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Continuo	No. Que PQRS a las cuales se les dio respuesta oportuna a los usuarios por la atención en el laboratorio clínico /Total de PQRS presentadas por los usuarios en la prestación de los servicios X 100
2	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	Ningún control	1. Realizar seguimiento al Programa de Evaluación externa de la calidad 2. Adquirir un Programa Control de Calidad Externo INS planeado de la E.S.E Solucion Salud 3.Realizar seguimiento al control de calidad interno a los 17 Centros de Atención.	1. Informes de los programas de calidad realizados a los 17 Centros de Atención 2.Soportes del seguimiento al control de calidad interno realizado a los 17 Centros de Atención.	Líder proceso de laboratorio clínico, Bacteriólogos de los Centros de Atención, apoyo Subgerente asistencial de la E.S.E. Solución Salud			x			x			x				Trimestralmente (vencido el trimestre 15 primeros días)	No. De informes de seguimientos realizados/Total de Informes de seguimiento a realizar en los 17 Centros de Atención.

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE			IMPACTO INHERENTE								Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA												FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
						CAUSA								Afectación			Reputacional		Resultado																												
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO - SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACIÓN	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN /PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
3		X			Pérdida de información digital en el sistema Laboratorio - (SARLAFT SICOF)	1. Daños de los equipos, lo que hace necesario realizar la recuperación de los resultados de los pacientes 2. Falta de control en la salvaguarda de la información (flash-usb) 3. Presentación de Jackier atmosférico	1. Salvaguardar la información de los resultados de los pacientes 2. Falta de un cronograma de realizar Backups	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Salvaguardar la información de los resultados de los pacientes 2. La pérdida de la información y resultados de los pacientes genera inconvenientes en las historias clínicas y consulta de reportes. 3. Hallazgos o sanción por parte de los organos de vigilancia y control	Operacional	17	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Baja-40% = Entre 10 y 50 SMLMV	40%	Baja	BAJA: El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores. (40%)	Baja	MENOR - Baja (3 a 24 veces al año) 40%	Baja	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Nunguno	1. Coordinar con el área de sistemas el proceso de salvaguarda de la información registrada en el Software asistencial-HOSVITAL y en el Computador del area de Laboratorio Clínico. 2. Realizar Backups de los registros que reposan en el Computador asignado al area.	Cronograma de Copia de seguridad	Líder proceso de laboratorio clínico, Bacteriologos de los Centros de Atención, apoyo de Subgerente asistencial y jefe oficina de Sistemas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente (Según cronograma de salvaguarda de la información)	No.de Backups realizados/ Total de Backups que se deben realizar al mes (según cronograma) X 100
4		X			Posibilidad de contar con procedimientos, Protocolos, guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Falta de Procesos y procedimientos	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Existe un procedimiento y formatos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad y control 2.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Líder proceso de laboratorio clínico y Bacteriologos de los Centros de Atención			X			X							A 31 de marzo de 2023 A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 31 de Enero de 2023

ADELA PATRICIA RUIZ SABOGAL
Proceso de Laboratorio Nivel Central

LUZ MARIA CARREÑO LEON
Subgerente Asistencial (Supervisora)

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefa Oficina Control Interno
Acompañamiento y asesoría en la formulación

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo a Planeación

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	ADMINISTRATIVO	VIGENCIA:	2023
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGOS		
PROCESO:	ODONTOLOGIA		
OBJETIVO DEL PROCESO	Gestionar, vigilar, controlar y hacer seguimiento a las labores que ejecutan cada uno de los profesionales de odontología en los Centros de atención de la E.S.E. Solución Salud y controlar el gastos de los insumos de odontologia.		

Nº DE RIESGO	PROCESOS					ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE							Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)																
						CAUSA									Afectación			Reputacional		Resultado								RESULTADO					CRONOGRAMA (Tiempo Programado)												
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control	DESCRIPCION DEL RIESGO	INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACIÓN DE RIESGO - SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIO N/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCION	INDICADOR
1		X	X		Posibilidad de presentarse eventos adversos en el servicio de odontología	1. Omisión en la verificación de la historia clínica odontograma 2. Falta de información por parte del usuario (informada) como en la historia clínica 3. Incumplimiento de los protocolos y procedimientos institucionales 4. No utilizar las normas de bioseguridad. 5. Falta de entrenamiento del personal asistencial.	1. Omisión en la verificación de la historia clínica odontograma 2. Falta de información por parte del usuario (informada) como en la historia clínica 3. Incumplimiento de los protocolos y procedimientos institucionales 4. No utilizar las normas de bioseguridad. 5. Falta de entrenamiento del personal asistencial.	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Demandas para la empresa por reparaciones directas 2. Sanciones disciplinarias para el personal asistencial 3. Genera desconfianza en la prestación del servicio de odontología	Operacional	1	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	1. Verificar la historia clínica, consentimientos informados. 2 Identificar indicadores de eventos adversos. 3. Capacitar a odontólogos	1. Verificar la historia clínica, consentimientos informados. 2 Conocer los indicadores de eventos adversos 3. Capacitar a odontólogos según cronograma proyecto. 4. En caso de presentar un evento adverso se hace el análisis de caso explicándose un acta.	1. Formato de seguimiento al riesgo (eventos adversos de odontología) 2. Capacitación; lista asistencia, diapositivas, actas y evaluación a la adherencia 3. Acta en caso de presentarse un evento adverso.	Odontólogo y Coordinadora de Odontología	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Mensualmente	No. De informes presentados y/o enviados / Total de informes programados al mes según el cronograma X 100
2		X	X		Posibilidad Incumplimiento en entregas de pedidos por parte del proveedor al almacén con el apoyo de la coordinación de odontología	1. Desorden y falta de control 2. Inoportunidad en los tiempos de solicitud de insumos 3. Incumplimiento de los protocolos y procedimientos institucionales	1. Desorden y falta de control 2. Inoportunidad en los tiempos de solicitud de insumos 3. Incumplimiento de los protocolos y procedimientos institucionales	Financiero, Cumplimiento y Operativo	1.Descuentos en la producción por parte de las EPS	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	LEVE - Muy baja (2 veces al año) 20%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	ALEATORIA	CON REGISTRO	Alto	Realizar el control y seguimiento a la programación de la solicitud de pedido y tiempos de entrega por parte del proveedor a la coordinación de odontología	1. Recepcionar y consolidar las necesidades o pedidos enviados por los profesionales de odontología y regentes de farmacia de los Centros de atención. 2. Hacer el requerimiento de los insumos en forma oportuna al proceso de almacén. 3. Realizar el control y seguimiento a la programación de la solicitud de pedido y tiempos de entrega por parte del proveedor al almacén.	Herramienta de Cálculo para programación de necesidades teniendo el solicitud de pedidos por parte de los centros de atención.	Almacén y con apoyo Coordinadora de Odontología, odontólogos y regentes de los centros de atención.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Según la necesidad del servicio de odontología	No. de solicitudes de insumos gestionadas en el nivel central / Total de solicitudes presentadas por los profesionales de odontología de los Centros de atención X 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE								Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA CRONOGRAMA (Tiempo Programado)												
						CAUSA									Afectación			Reputacional		Resultado									RESULTADO																	
	Estrategico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementacion	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIO N/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
3		X	X		Posibilidad de contar con procedimientos, Protocolos, guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Falta de Procesos y procedimientos	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia y EPS	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	ALEATORIA	CON REGISTRO	Moderado	Existe un procedimiento y formatos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad 2.Caracterización, procedimientos , guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Coordinadora de Odontologia			X			X							A 31 de marzo de 2023 A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 24 de Enero de 2023

MARIA VICTORIA VARGAS RIOBUENO
Proceso de Odontologia

LUZ MARIA CARREÑO LEON
Subgerente Asistencial (Jefe Inmediata)

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Acompañamiento y asesoría en la formulación

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo Oficina de Planeación
Acompañamiento en la formulación

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUción SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	ADMINISTRATIVO	VIGENCIA:	2023
COMPONENTE:	ADMINISTRAción DE RIESGOS		
PROCESO:	PLAN DE INTERVENciónES COLECTIVAS - P.I.C.		
OBJETIVO DEL PROCESO	Planear, organizar, Gestionar, coordinar, presentar, concertar y controlar las actividades y/o obligaciónes a contratar en los Planes de Intervenciónes Colectivas PIC que se realicen con los 17 Municipios adscritos a la E.S.E. Solución Salud y con el P.I.C. Departamental del Meta; así mismo, realizar seguimientos, radicar las facturas de cobro, gestionar el cobro de los informes radicados y avalados para pago por parte de los Plan de Salud Territorial (PST) de cada Municipio y del Departamento del Meta. (Resolución 518 de 2015 y demás normatividad vigente)		

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPción DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE								Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORAción DEL RIESGO		PLAN DE ACCIÓN (ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA CRONOGRAMA (Tiempo Programado)												FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACIÓN DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACIÓN	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMAc MIV/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	F	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
1			X		Posibilidad de incumplimiento en las actividades y obligaciónes concertadas y contratadas en el Plan de Intervenciónes Colectivas con los municipios y/o Departamento del Meta, y contratistas o proveedores de bienes y/o servicios - SARLAFT y SICOF	1. Falta de seguimiento a las actividades asignadas a los contratistas del P.I.C.por parte de los Supervisores y/o Coordinadores del P.I.C.	1. Demora en el proceso contractual 2. Falta de planeación 3. Dilatación en proceso de conciliación de actividades con los municipios	Legal, financiero, cumplimiento y Operativo -SARLAFT y SICOF	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Omision y/o Olvido 3.Desconocimiento o falta de notificación de la Supervisión e inducción sobre el tema 4. Falta de Socialización de las actividades contratadas en P.I.C. con cada Municipio Departamento del Meta.	Operacional	100	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- max 5000 veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	Realizar seguimiento a las actividades contratadas en cada uno de los P.I.C., al personal contratado por CPS y a los proveedores de insumos de materiales necesarios para la ejecución del P.I.C.	1. Realizar seguimiento a las actividades concertadas y contratadas en los P.I.C. 2. Hacer seguimiento a las actividades contratadas en las CPS con el fin de dar cumplimiento al 100% de las actividades e informes a presentar ante las P.S.T. de los Municipios y Secretaria Departamental de Salud del Meta. 3. Presentar los Estudios previos con anticipación sobre las necesidades de insumos de material para el cumplimiento de las Actividades contratadas en el P.I.C. 4. Hacer la Planeación y proyecciones económicas con el requerimiento a la Gerencia 5. Presentar informe por parte del Asesor jurídico quien debera realizar el acompañamiento a las concertaciónes de actividades en los Municipios, revisión de las minutas de contratos para P.I.C., revisión de las ejecuciónes de los contratos con Proveedores de insumos y/o materiales requeridos para el P.I.C.	Informes del seguimiento realizada a cada P.I.C. contratado Informe de asesor jurídico	Coordinadores PIC Nivel central, Asesor Jurídico PIC, Oficina Jurídica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	No. de Informes de seguimiento realizados a los contratos PIC (Con municipios, Depto del Meta - y Contratistas y proveedores) mensualmente / Total de informes de seguimiento a realizar mensualmente a los contratos PIC (Con municipios, Depto del Meta y Contratistas y proveedores) X 100
2			X		Posibilidad de no liquidar los contratos ejecutados una vez terminada y avalada las actividades por Plan de Salud Territorial - P.S.T. de la entrega del último informe facturado y vencido el tiempo de ejecución.	1. Falta de seguimiento al proceso por parte de la Entidad Contratista-E.S.E. Solución Salud.	1. Demora en el proceso liquidatorio por parte de la oficina encargada de este (P.S.T.) y/o revisión por la parte de la oficina jurídica del Municipio 2. Falta de entrega de soportes o archivos por parte de la ESE de acuerdo a la normatividad de Ley Nacional de archivo.	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de los entes de vigilancia y control 2. Omision u olvido	Operacional	18	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MENOR - Baja (3 a 24 veces al año) 40%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Revisar los tiempos de finalización de los contratos P.I.C. firmados 2. Hacer seguimiento al proceso liquidatorio.	1. Revisar los tiempos de finalización de los contratos P.I.C. firmados 2. Hacer seguimiento al proceso liquidatorio. 3. Obtener las Actas de liquidación de contratos P.I.C. debidamente firmadas por la Gerencia de la E.S.E. Solución Salud y el Alcalde del Municipio. 2. Informe de seguimiento realizado al proceso liquidatorio.	Actas de liquidación de contratos P.I.C.firmadas Informe de seguimiento al proceso liquidatorio	Contratistas coordinadores Proceso PLAN DE INTERVENciónES COLECTIVAS-PIC Nivel Central, Asesor Jurídico PIC	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	No. de Actas de liquidación firmadas de los contratos P.I.C. de la vigencia / Total de contratos P.I.C. firmados durante la vigencia X 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	PROCESOS: Misional	PROCESOS: Apoyo	PROCESOS: Evaluación y Control	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ANALISIS: CAUSA: INMEDIATA	ANALISIS: CAUSA: RAIZ	ANALISIS: TIPO DE RIESGO	ANALISIS: CONSECUENCIA	ANALISIS: CLASIFICACIÓN DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE: PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	PROBABILIDAD INHERENTE: % Probabilidad	PROBABILIDAD INHERENTE: Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE: Afectación: Afectación Económica	IMPACTO INHERENTE: Afectación: %	IMPACTO INHERENTE: Afectación: NIVEL DE AFECTACIÓN	IMPACTO INHERENTE: Reputacional: Reputacional	IMPACTO INHERENTE: Reputacional: NIVEL	IMPACTO INHERENTE: Resultado: % DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE: Resultado: NIVEL DE IMPACTO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Implementación	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Calificación	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Documentación	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Frecuencia	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Evidencia	VALORACIÓN DEL RIESGO: RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	VALORACIÓN DEL RIESGO: CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACCIÓN (ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): Acciones PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
3			X		Posible demora en el proceso de elaboración, Radicación y/o cobro de de la factura de las actividades ejecutadas por P.I.C. ante el Municipio	1. Demora en el proceso de facturación y cobro de los recursos	1. Fallas del software asistencial-HOSVITAL y/o FACTURE 2. Falta de envío de reporte por parte del Coordinador del P.I.C. sobre el periodo y monto a facturar.	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Inoportunidad en el proceso de cobro y pago de las actividades ejecutadas. 2. Hallazgos de los entes de Vigilancia y control	Operacional	30	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	Presentación de los informes ante la oficina P.S.T. de cada Municipio y radicación de la facturación.	1. Realizar seguimiento a las actividades y reportar oportunamente el valor a facturar y radicar la factura en la oficina de P.S.T. en forma oportuna, una vez terminada y avalada la entrega del informe. 2. Evitar el proceso de anulación de facturas por cambio de fechas o por valor a pagar. 3. Hacer seguimiento a la radicación y cobro de las facturas avaladas para pago. 4. Recibo de caja elaborados y recursos reflejados en la ejecución activa.	1. Software asistencial-hosvital. 2. Facturas radicadas.	Contratistas coordinadores Proceso PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS-PIC Nivel Central, Facturación, Tesorería y Cartera.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	No. De facturas radicadas y pagadas / Total de facturas radicadas para pago X 100
4			X		Posibilidad de contar con procedimientos. Protocolos, guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Falta de Procesos y procedimientos	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Existe un procedimiento y formatos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad 2.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Contratistas coordinadores Proceso PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS-PIC Nivel Central			X			X							A 31 marzo de 2023 A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 30 de Enero de 2023

MIGUEL ANGEL ROMERO JIMENEZ
Contratista coordinador Proceso PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS-PIC

NANCY JANETT CORTES CAMARGO
Contratista coordinador Proceso P.I.C.

LUZ MARIA CARREÑO LEON
Subgerente Asistencial

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo a Planeación

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	SUBGERENCIA ASISTENCIAL	VIGENCIA:	2023
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGOS		
PROCESO:	PROMOCION Y PREVENCION		
OBJETIVO DEL PROCESO	Realizar seguimiento y monitoreo a los programas de Promoción de la salud y prevencion de la enfermedad servicios que son prestados en los 17 centros de atención de la ESE Solución Salud para dar cumplimiento con la normatividad vigente.		

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control	DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS CAUSA: INMEDIATA	CAUSA: RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad
1			X		Posibilidad de incumplimiento en la radicación y envio de Informes a las EPS con quienes se tiene vinculo contractual, Secretaria Dptal de Salud y el Ministerio de Salud	1. No reporte por parte de los centros de atención información base 2. Acción y Omisión 2. No disponibilidad de equipos y personal Inexistencia de un sistema de información para promoción y prevención		Cumplimiento, Operativo, Legal y financiero	1. Sanciones disciplinarias 2.Incumplimiento a los obrnetos pactados con las EPS 2. Pérdida de recursos económicos	Operacional	204 Informes	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media
2			X		Posibilidad de desatualización de las guías, manuales, protocolos y procedimientos según normatividad vigente.	1. Cambios en las normas del Estado Colombiano 2. Falta de planificación	1. Cambios en las normas del Estado Colombiano 2. Falta de planificación	Estratégico, Cumplimiento, Operativo y Legal	1. Aplicación de procedimientos desatualizados 2. No adherencia en las guías, manuales y procedimientos	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja

Nº DE RIESGO	IMPACTO INHERENTE: Afectación Económica: Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional: Reputacional	NIVEL	Resultado: % DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORACION DEL RIESGO: RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES
1	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	26%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Socializar y capacitar a los responsables el diligenciamiento de los formatos de los informes y forma de registro e importancia. 2. Seguimiento y monitoreo a los informes enviados 3. Elaborar en el nivel central los informes y reportarlos a las diferentes entidades.
2	Baja-40% = Entre 10 y 50 SMLMV	40%	Baja	MUY BAJA: El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización. (20%)	Muy Baja	LEVE - Muy baja (2 veces al año) 20%	Muy Baja	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Bajo	Revisar permanentemente la página del ministerio para conocer los cambios y actualizaciones en maoria de promoción y prevención.

Nº DE RIESGO	PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): N	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
1	1. Socializar y capacitar a los responsables en los 17 centros de atención en el diligenciamiento de los formatos de los informes y forma de registro 2. Realizar seguimiento y monitoreo a los informes enviados por los 17 centros de atención 3. Elaborar en el nivel central los informes y reportarlos a las diferentes entidades.	1. Archivos digitales de los informes presentados a las diferentes entidad 2. Correos electrónicos de envio pyp.informe@esemeta.gov.co y maternidadsegura@esemeta.gov.co	Enfermeras (3) de Promoción y Prevención (PyP, Maternidad segura y vacunación)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Mensual	No. de informes entregados oportunamente a EPS-S y Entes de vigilancia y Control / Total de informes a entregar a EPS-S y Entes de vigilancia y Control X 100
2	1. Revisar los documentos (procedimientos, guias, formatos, instructivos y/o manuales) del área de PyP - a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimiento, guias, formatos, instructivos y/o manuales) del área de PyP 3. Socializar con el personal los documentos en caso de ser necesario (procedimiento, guias, formatos, instructivos y/o manuales) del área de PyP a 30 de junio de 2023	1. Lista de Asistencia con la oficina de Calidad (Junio 2021) 2. Formato de Procedimiento Actualizado 3. Socializar los procedimientos actualizados.	Enfermeras (3) de Promoción y Prevención (PyP, Maternidad segura y vacunación)		X			X							1. A 31 marzo 2023 2y 3 - A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No de documentos (Caracterización, procedimientos, guias, protocolos, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimiento, guias, protocolos formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio 26 de Enero de 2023

LUCY PALOMA GOMEZ
Promoción y Prevención

MARTHA LUCIA ALVAREZ BELTRAN
Promoción y Prevención - Vacunación

NOHEMI VARGAS ROA
Promoción y Prevención - Maternidad

LUZ MARIA CARREÑO LEON
Subgerente Asistencial (Jefe Inmediata)

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Asesoría y Acompañamiento en la formulación

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo Oficina de Planeación
Acompañamiento en la formulación

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

	VIGENCIA: 2023
NIVEL:	ASISTENCIAL
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGOS
PROCESO:	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
OBJETIVO DEL PROCESO	Gestionar y tramitar la recepción de los pacientes remitidos a Centros de atención de la ESE Solución Salud a una IPS de mayor complejidad para la correspondiente aceptación y atención del paciente.

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control	DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS: CAUSA: INMEDIATA	CAUSA: RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO, SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE: Afectación Económica: Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional: Reputacional	NIVEL	Resultad: % DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO
1			X		Posibilidad de no realizar la gestión correspondiente en la remisión de pacientes reportados a un nivel de mayor complejidad	1. Fallas en la comunicación 2. Demora en la autorización por parte de la EPS	1. No se recibe el reporte de la remisión en forma oportuna desde el Centro de atención 2. Olvido u Omisión	Cumplimiento y Operativo	1. Posible complicación del paciente por demora en el proceso de recepción. 2. No existe una comunicación asertiva	Operacional	5800	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor
2			X		Posibilidad de no realizar un adecuado direccionamiento de las remisiones	1. Mala interpretación de la información recibida desde el Centro de atención.	1. Comunicación errada. 2. Olvido	Financiero, Cumplimiento y Operativo	1. Posible complicación del paciente por demora en el proceso de recepción. 2. No existe una comunicación asertiva	Operacional	5800	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor
3			X		Posibilidad de no recibir los niños y niñas remitidos de los Centros de atención con Enfoque Diferencial y abandono social.	Desconocimiento o comunicación errada	1. Omisión, u Olvido 2. Por fuerza mayor 3. Desconocimiento o comunicación errada	Financiero, Cumplimiento y Operativo	1. Investigación por entes de Vigilancia y control	Operacional	10	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor

Nº DE RIESGO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORACION DEL RIESGO: RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO-MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE Información/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCION	INDICADOR
1	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	Realizar llamadas y envia las remisiones por correo a los Centros de atención de mayor complejidad para que reciban el paciente que viene remitido de otro municipio (centro de atención de la ESE Dptal)	1. Realizar llamadas a los Centros de atención de mayor complejidad 2. Enviar por correo los soportes de las remisiones para el tramite respectivo de recepción. 3. Verificar que se hay realizado el registro de la remisión en DRIVE destinado para el control	Bitacoras de remisión	Contratista de Referencia y contrarreferencia, Directores centros de atención	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. De remisiones gestionadas y aceptadas ante los Centros asistenciales de mayor complejidad/ Total de remisiones requeridas por los Centros de atención X 100
2	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	Se revisa la remisión enviada por el Centro de atención para determinar el Centro asistencial de mayor complejidad autorizado por la EPS	1. Revisar el DRIVE donde se registran las remisiones enviadas por el Centro de atención para determinar el IPS de mayor complejidad autorizado por la EPS	Reporte de la remisión	Contratista de Referencia y contrarreferencia, Directores centros de atención	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. De remisiones mal direccionadas/ Total de remisiones enviadas por los Centros de atención para atención del paciente en IPS de mayor complejidad X 100
3	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	Obtener la información completa y coherente de la hora posible de llegada del paciente.	1. Recibir la información completa y coherente de la hora posible de llegada del paciente. 2. Revisar la remisión enviada por el Centro de atención 3. Atender las llamadas de forma oportuna.	Soporte de la remisión y llevar estadística	Contratista de Referencia y contrareferencia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. De veces de incumplimiento en recibir el niño o la niña en condición de enfoque diferencial y abandono social / Total de niños o niñas en condición de afectación social remitidas por los Centros de atención X 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS				PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE								Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA													
						CAUSA								Afectación Económica			Reputacional		Resultad										RESULTADO					CRONOGRAMA (Tiempo Programado)												
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACIÓN	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE información/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
4			X		Posibilidad de contar con procedimientos, Protocolos, guias, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Falta de Procesos y procedimientos	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Operacional	1	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Existe un procedimiento y formatos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad y control interno. 2.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Contratista de Referencia y contrareferencia			X			X							A 31 de marzo 2023 A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 30 de Enero de 2023

NINI ORTIZ R.

NINI JOHANA ORTIZ RODRIGUEZ
Proceso de Referencia y Contrareferencia -CPS

LUZ MARIA CARREÑO LEON
Subgerente Asistencial

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Asesoría y Acompañamiento en la formulación

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo a Planeación

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META

MAPA DE RIESGOS VIGENCIA 2023

SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y LOGÍSTICA

ALMACÉN
ARCHIVO Y GESTIÓN DOCUMENTAL
AUDITORÍA DE CUENTAS MÉDICAS
CARTERA
CONTABILIDAD
FACTURACIÓN
GESTIÓN AMBIENTAL
MERCADEO
PRESUPUESTO
RECURSOS HUMANO
SISTEMAS
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
TESORERIA

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUción SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	ADMINISTRATIVO	VIGENCIA:	2023
COMPONENTE:	ADMINISTRAción DE RIESGOS		
PROCESO:	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y Logística - INFRAESTRUCTURA - MENSAJERIA - VENTANILLA UNICA		
OBJETIVO DEL PROCESO	Definir políticas y administrar optimamente lo recusos para la obtención de resultados que tiendan a mejoramiento continuo, garantizando una adecuada ejecución de los procesos y una atención efectiva al cliente interno y externo en la prestación de los servicios de salud.		

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	PROCESOS: Misional	PROCESOS: Apoyo	PROCESOS: Evaluación y Control	DESCRIPción DEL RIESGO	ANALISIS CAUSA: INMEDIATA	ANALISIS CAUSA: RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACIón DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE: PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	PROBABILIDAD INHERENTE: % Probabilidad	PROBABILIDAD INHERENTE: Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE: Afectación: Afectación Económica	IMPACTO INHERENTE: Afectación: %	IMPACTO INHERENTE: Afectación: NIVEL DE AFECTACIón	IMPACTO INHERENTE: Reputacional: Reputacional	IMPACTO INHERENTE: Resultado: NIVEL	IMPACTO INHERENTE: Resultado: % DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE: Resultado: NIVEL DE IMPACTO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORAción DEL RIESGO: RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACCIón (ADMINISTRACIón DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIón PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIón (PRODUCTO ENTREGABLE)	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
1			X		Posibilidad de inoportunidad en el aseguramiento de los recursos y bienes devolutivos de la Entidad - SARLAFT- SICOF	1. Falta y/o carencia de seguimiento y controles a los procesos	1. No recibir reporte oportuno de los bienes a asegurar por parte de Almacen 2. Omisión o Falta de control. 3. Olvido	Gerencial, Financiero, cumplimiento, Operacional y SARLAFT	1.Investigación disciplinarias, fiscales o penales. 2. Hallazgos por parte de entes de control. 3. Detrimento Patrimonial.	Operacional	600	Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	80%	Alta	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Revisar el correo electrónico donde el área de almacén solicite la inclusión del bien para asegurarlo y envíe listado de los bienes. 2. Enviar a la Aseguradora el listado para incluir los bienes en la respectiva póliza (Multiriesgos o la que sea necesaria.)	1. Revisar el correo electrónico donde el área de almacén solicite la inclusión del bien para asegurarlo y envío listado de los bienes. 2. Enviar a la Aseguradora el listado para incluir los bienes en la respectiva póliza (Multiriesgos o la que sea necesaria.) 3. Realizar el reporte oportuno a la Aseguradora para la expedición del SOAT de los vehículos institucionales en uso(ambulancias, vehículos adinistrativos y motos). 4. Recepcionar las polizas expedidas y salvaguardarlas, entregar a los conductores los SOAT oportunamente. 5. Llevar un control de polizas expedidas, periodos de cubrimiento, fechas de expedición y fechas de vencimientos.	1. Pólizas Expedidas 2. Correo electrónico remitido a la Aseguradora para la inclusión de los bienes en la Póliza. 3. Cronograma de vencimientos de las polizas.	Subgerente Administrativa y Logística y Almacenista	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. de bienes incluidos en la Póliza / Total de bienes devolutivos recibidos con ingreso a Almacén para incluir en la poliza X 100
2			X		Posibilidad de inoportunidad en el seguimiento a las fechas de vencimiento de las Pólizas de la Entidad - SARLAFT -SICOF	1. Carencia de controles	1. Falta de control en la revisión del cronograma de vencimientos de las Polizas y/o SOAT.	Gerencial, Financiero, cumplimiento, Operacional y SARLAFT	1. Investigación disciplinarias, fiscales o penales. 2. Hallazgos por parte de entes de control. 3. Detrimento patrimonial	Operacional	43	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Llevar el control de las fechas de vencimiento de la Pólizas de la Entidad en un documento en excel con las fechas de vencimiento de las pólizas. 2. Enviar Correo electrónico remitiendo a la Aseguradora para la renovación y/o expedición de Pólizas con anticipación.	1. Realizar una planilla para llevar el control de las fechas de vencimiento de la Pólizas de la Entidad en un documento en excel con el Número de la Póliza, fecha de inicio y fechas de vencimiento de las pólizas y SOAT con Placa de vehículo. 2. Realizar envío por correo electrónico, remitiendo a la Aseguradora para la renovación y/o expedición de Pólizas con anticipación. 3. Recopilar la relación de activos (Bienes devolutivos y edificación)	1. Documento en excel con las fechas de vencimiento de las pólizas. 2. Correo electrónico remitido a la Aseguradora para la renovación y/o expedición de Pólizas	Subgerente Administrativa y Logística y contratistas del area	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual y/o Según las fechas de vencimiento	No. de pólizas renovadas / Total de pólizas a renovar X 100
3			X		Posibilidad de Pérdida de las comunicación oficiales radicadas para trámite por la Subgerencia Administrativa y Logística.	1. Desidiadas en la aplicación de lo establecido en las TRD 2. Proceso no sistematizado por ausencia de contrato	1. Desorden administrativo. 2. Olvido.	Gerencial, Financiero, cumplimiento, Operacional y SARLAFT	1. Incumplimiento de lo establecido en las TRD 2. Hallazgos en auditorias 3. Inoportunidad en las respuestas. 4. Hallazgos de los entes de vigilancia y control	Operacional	600	Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	80%	Alta	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Archivar en orden cronológico las comunicación oficiales tanto la recepcionada como la enviada. 2. Marcar cada carpeta según las tablas de retención documental.	1. Archivar en orden cronológico las comunicación oficiales tanto la recepcionada como la enviada. 2. Marcar cada carpeta según las tablas de retención documental.	1. Planilla de control de radicación de la radicación de la correspondencia física 2. Documentación organizada cronológicamente en la carpeta ubicadas en la oficina de Subgerencia Administrativa y Logística	Subgerente Administrativa y Logística y contratistas del area	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	1. No. De documentos recibidos y tramitados / Total de correspondencia recibida en el mes X100 2. Archivar el 100% la correspondencia en orden cronológico (TRD)

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	PROCESOS: Misional	PROCESOS: Apoyo	PROCESOS: Evaluación y Control	DESCRIPCIón DEL RIESGO	ANALISIS – CAUSA: INMEDIATA	ANALISIS – CAUSA: RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACIón DE RIESGO SARLAFT Y SICOF
4			X		Posibilidad de inoportunidad en dar respuesta a las PQRSF radicadas de competencia de la Subgerencia Administrativa y Logística, con información argumentativa y con solución según el procedimiento establecido en la Entidad	Inoportunidad en trámite de las PQRSF radicadas a esta area en los tiempos establecidos	1. Descuido u olvido en dar respuesta oportuna 2. Falta de control en el proceso 3. Petición extraviada en el área	Cumplimiento, Operacional y SARLAFT	1. Insatisfacción del usuario. 2. Hallazgo por parte de los Entes de control y Auditorias Interna	Operacional
5			X		Posibilidad de incumplimiento a los cronogramas de mantenimiento de (Vehículos, Aires acondicionados, plantas eléctricas, infraestructura física, tanques y demás actividades de logística)	1. Carencia en suscripción de los contratos de mantenimiento. 2. Falta de seguimiento por parte de lider de logística y mantenimiento. 3. Deficiencia en la ejecución de las actividades por parte del contratista. 4. Falta de control y seguimiento a la ejecución de los mantenimientos.	1. No suscripción de contratos oportunamente. 2. Falencias de Supervisión	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos por parte Entes de vigilancia y control. 2. Accidentes por fallas mecanicas o por un mantenimiento deficiente de las Ambulancias 3. Incumplimiento a la norma según el caso	Operacional
6			X		Posibilidad de inoportunidad para el trámite de pago a sentencias judiciales, Servicios públicos y mitigar pago de intereses moratorios, avances para compra de medicamentos de control.	1. Carencia de Control y seguimiento	1. Inexistencia de Procedimientos claros para la expedición de CDP, Compromiso Presupuestal y demas soportes para el tramite de realizar estos pagos. 2. Desconocimiento. 3. Falta de control.	Legal, Financiero, cumplimiento y SARLAFT	1. Hallazgos por parte Entes de control. 2. Sancion	Operacional

Nº DE RIESGO	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE – Afectación: Afectación Económica	Afectación: %	Afectación: NIVEL DE AFECTACión	Reputacional	Reputacional: NIVEL	Resultado: % DE IMPACTO	Resultado: NIVEL DE IMPACTO
4	120	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado
5	300	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor
6	60	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor

Nº DE RIESGO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORACión DEL RIESGO – RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES
4	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	1. Dar respuesta oportuna a las PQRS de competencia de la Subgerencia Administrativa y Logística, según términos establecidos en el procedimiento y normalidad vigente
5	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	Seguimiento por parte del líder del proceso de mantenimiento, infraestructura y/o la Subgerencia Administrativa y Logística
6	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Acto administrativo para pagos de las Sentencias judiciales, avances para compras de medicamentos, firma digitales, entre otros, previa solicitud del numero consecutivo de Resolución a la secretaria de Gerencia o quien lleve el control. 2. Realizar revisión del acto administrativo por parte del asesor jurídico.

Nº DE RIESGO	PLAN DE ACCión (ADMINISTRACión DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCion PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACión /PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
4	1. Realizar y entregar o enviar respuesta oportuna a las PQRS según términos establecidos en el procedimiento y normatividad vigente 2. Elaborar el procedimiento de tramite y respuesta a las comunicacion generadas en el area de Subgerencia Administrativa y Logística	Certificación de la correspondencia recibidas y tramitadas durante el periodo	Subgerente Administrativa y Logística	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	No. De PQRS de competencia de la Subgerencia Administrativa y Logística recibidas y tramitadas con respuesta oportuna / Total de PQRS de competencia de la Subgerencia Administrativa y Logística recibidas durante el mes por el área x 100
5	1. Realizar seguimiento a los procesos de mantenimiento contratado por parte del líder del proceso de mantenimiento, infraestructura y/o la Subgerencia Administrativa y Logística. 2. Realizar cronograma de visitas de mantenimiento y enviar a cada Centro de Atención (Aires, plantas, Edificacion). 3. Realizar el listado de vehículos en funcionamiento y los inactivos, para llevar el control del mantenimiento realizado a los vehículos activos. 4. Realizar cronograma de lavado y desinfección de tanques subterraneos y elevados de cada Centro de Atención. 5. Realizar informe sobre las actividades ejecutadas en cada Centro de Atención en cuanto a mantenimiento de Edificacion y lavado de tanques de los 17 Centros de Atención.	1. Cronogramas de: mantenimiento de vehículos, aires acondicionados, plantas eléctricas, edificacion y lavado de tanques.	Subgerente Administrativa y Logística, Infraestructura y profesional de apoyo e la Subgerencia Administrativa y Logística.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. De actividades ejecutadas según cronograma de mantenimiento s / Total de actividades programadas según el cronograma de mantenimiento s X 100
6	1. Acto administrativo para pagos de las Sentencias judiciales, avances para compras de medicamentos, firma digitales, entre otros, previa solicitud del numero consecutivo de Resolucion a la secretaría de Gerencia o quien lleve el control. 2. Se realiza revisión del acto administrativo por parte del asesor jurídico. 3. Elaborar el procedimiento para pago de Sentencias judiciales y los servicios publicos de la Entidad 4. Revisar el procedimiento de tramites para pagos de Servicios Publicos 5. Llevar un control de vencimientos de los Servicios Publicos del Nivel Central, por Centro de Atención y Concepto (Luz, Agua, Aseo, Alcantarillado, Gas) 6. Realizar el envio oportunamente al area de presupuesto para el tramite de Expedición del CDP, Compromiso presupuestal e iniciar el tramite para pago y mitigar pago de intereses moratorios.	1. Procedimientos debidamente firmados y aprobado por la Gerencia (pagomedian Resolucion de Avance, Servicios Publicos). 2.Documento (Resolución), soportes, facturas, debidamente archivada y el comprobante de pago	Subgerente Administrativa y Logística, Presupuesto, Contabilidad, Tesorería, Area Jurídica, farmacia.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. Resolucion originales tramitadas y firmadas por Gerencia para pago de Sentencias judiciales y /o avances de pago directo / Total de Resolucion solicitadas por la Subgerencia Administrativa y Logística X 100 No.Procedimientos elaborados y aprobados por Acto Administrativo/ Total de procedimientos a elaborar X 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	PROCESOS: Misional	PROCESOS: Apoyo	PROCESOS: Evaluación y Control	DESCRIPción DEL RIESGO	ANALISIS – CAUSA: INMEDIATA	ANALISIS – CAUSA: RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICAción DE RIESGO SARLAFT Y SICOF
7			X		Posibilidad de pérdida de las comunicacion oficiales y/o títulos valores (cheques, etc) entregadas al funcionario de mensajería.	1. Carencia de Control y seguimiento 2. Desconocimiento del direccionamiento de la correspondencia radicada	1. Inoportunidad en la Entrega de las comunicacion oficiales 2. Carencia de Controles. 3. Pérdida de un cheques	Legal, cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos por parte de Entes de control. 2. Extravío de correspondencia, facturas, cheques y demás documentos entregados	Operacional
8			X		Posibilidad de que el área de Tesorería haga entrega a mensajería para pagos el último día de vencimiento y no alcance llegar a tiempo a la entidad bancaria	Control deficiente en tiempo de pago de los descuentos y Servicios Publicos	1. Inoportunidad en la entrega de pagos de servicios y cheques por parte del área de tesoreria 2. Demora en el proceso de Presupuesto, contabilidad, Subgerencia Administrativa Logística y/o en Gerencia en tramites y firmas.	Legal, financiero, cumplimiento y Operativo	1. Cortes de los servicios públicos. 2. Generar moras en las libranzas de cada Entidad bancaria 3. Hallazgos de los Entes de control.	Operacional
9			X		Posibilidad de Incumplimiento en la asignación y entrega de la correspondencia al área respectiva por parte de la ventanilla única	1. Desconocimiento del proceso	1. Incumplimiento al manual para el manejo de la correspondencia y software de correspondencia	Legal, cumplimiento y Operativo	1. Atraso e incumplimiento para dar respuestas de la correspondencia oportunament 2.Hallazgos de áreas de control. 3. Sancion a la entidad.	Operacional

Nº DE RIESGO	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE – Afectación: Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACIÓN	Reputacional	NIVEL	Resultado: % DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO
7	120	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor
8	140	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor
9	2640	Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	80%	Alta	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Moderado

Nº DE RIESGO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORAción DEL RIESGO – RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES
7	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Las áreas entregarán directamente la correspondencia (llevando el control pertinente) al responsable de mensajería. 2. Hacer devolución por parte del mensajero a la Ventanilla Unica y demás áreas que le hayan entregado documentación para radicar en las diferentes entidades. 3. Tesorería radica los cheques en un libro.
8	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Recibir en forma oportuna los soportes para pagos por parte del área de tesorería 2. Entregar a tesorería los recibos y registro de la entrega por parte de tesorería y del mensajero según el caso.
9	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Libro radicador de entrega de correspondencia a cada una de areas de acuerdo a su competencia

Nº DE RIESGO	PLAN DE ACción (ADMINISTRAción DEL RIESGO-MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACción PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMAción /PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
7	1. Radicador de seguimiento y control de las áreas que entregan la correspondencia directamente al responsable de mensajería. 2. Realizar devolución por parte del mensajero a la Ventanilla Unica y demás áreas que le hayan entregado documentación para radicar en las diferentes entidades. 3. Planilla de control de entrega de la correspondiente recibida para ser radicada en entidades externas. 4 . Diligenciar el formato de control de la entrega de cheques al mensajero.	1. Certificación de las areas sobre la correspondencia tramitada por el Mensajero. 2. Planillas de control de radicación del mensajero y de las areas que le entregan correspondencia para radicar en entidades externas.	Funcionario encargado de las labores de Mensajería, Tesorería y Subgeren Administrativa y Logística	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. correspondencia y/o cheques (para pago en bancos o radicar en entidades externas) extraviados / Total de oficios recibidos y/o cheques entregados por las áreas X 100
8	1. Recibir en forma oportuna los pagos por parte del área de tesorería 2. Se recibe la factura y cheque, se verifica que el valor sea concordante con el valor de la factura pagar 3. Pagar en oportuna en los bancos 4. Entregar a Tesorería los soportes sellados por los bancos.	1. Llevar el mecanismo de control de la entrega de cheques (Tesorería y mensajero). 2. Planillas de control.	Funcionario encargado de las labores de Mensajería, Tesorería, Presupuesto, contabilidad y Subgerente Administrativa y Logística	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. Pagos no realizados por entrega tardía de los soportes y cheques para pago de descuentos y/o Servicios Publicos / Total de cheques y soportes entregados para pago de descuentos y/o Servicio Publico al mensajero X 100
9	1. Coordinar con el área de Atención al usuario para que toda queja y/o Derecho de Petición, sea direccionada u entregada a la funcionaria encargada de Atención al usuario para su respectivo tramite, seguimiento y dar respuesta oportuna a los usuarios. 2. Diligenciar el radicador de recepción y entrega de correspondencia en físico. 3. Registrar en el software de correspondencia la correspondencia recepcionada y/o enviada en forma oportuna a las áreas pertientes y /o centros de atención.	1. Control de Radicador de correspondencia recibida y/o enviada.	Funcionario encargado de las labores de la Ventanilla Unica y Subgerente Administrativa y Logística	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. De correspondencia recepcionada y entregada a las áreas en forma oportuna / Total de correspondencia recepcionada X 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ANALISIS - CAUSA: INMEDIATA	CAUSA: RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACIÓN DE RIESGO (SARLAFT Y SICOF)	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE - Afectación: Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACIÓN	Reputacional: Reputacional	NIVEL	Resultado: % DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO
10			X		Posibilidad de contar con procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado

Nº DE RIESGO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORACIÓN DEL RIESGO - RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACCIÓN (ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO-MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIÓN PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN /PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
10	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Existe un procedimiento y formatos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad 2.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Subgerente Administrativa y Logística			X			X							A 31 de marzo de 2023 A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 30 de Enero de 2023

ANDRES FELIPE MACHADO
Ventanilla Unica Nivel Central

NOHELIA TOVAR
Ventanilla Unica Nivel Central

YENNY SOLEDAD MONTOYA AMADO
C.P.S. Abogada para la Subgerencia Administrativa y Logis

CAROLINA MUÑOZ OCAMPO
Subgerente Administrativa y Logística
Jefe Inmediata

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno

ANA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo a Planeación

EVANGELISTA PRADO
Mensajería Nivel Central

JORGE ROBERTO GUALTERO CAICEDO
C.P.S. Infraestructura

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	ADMINISTRATIVO	VIGENCIA:	2023
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGOS		
PROCESO:	ALMACEN GENERAL		
OBJETIVO DEL PROCESO	Programar, organizar, ejecutar, coordinar y controlar todas las actividades necesarias para administrar convenientemente el manejo de las diferentes bodegas de Almacén de la Empresa.		

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE								Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)															
						CAUSA									Afectación			Reputacional		Resultado									RESULTADO					CRONOGRAMA (Tiempo Programado)												
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT-SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACION/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCION	INDICADOR
1			X		Posibilidad de adquisición bienes, Donaciones y/o comodatos sin las especificaciones establecidas en el contrato con el lleno de los requisitos (SARLAFT Y SICOF).	No se revisa el contrato vs. Factura	No se revisa el contrato vs. Factura	Legal, Cumplimiento y Operativo	Multa y sanción del ente regulador debito	Operacional	210	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (mín 500- máx 5000 veces al año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	AUTOMATICO (35%)	35%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Solicitar a los directores de centros de atención y nivel central informar al almacén los bienes que han ingresado al centro de atención	1. Solicitar mediante correo electrónico institucional a los directores de centros de atención y nivel central informar al almacén los bienes a ingresar al centro de atención por adquisición bienes, Donaciones y/ocomodatos con el lleno de los requisitos 2. Dar a conocer mediante capacitación a todo el personal el manual y procedimientos del área de almacén. 3. Realizar las entradas, salidas y traslados.	1. Entradas, salidas y traslados de almacén con los soportes de bienes adquiridos p compra, donación y/o comodato 2. Correo electrónico a centros de atención y nivel central 3. Lista de asistencia de la socialización	Almacenista General		X			X							1. A 28 febrero de 2023 2. A 30 de junio de 2023	No. Entradas, salidas y traslados de almacén que cumplen con los requisitos de bienes adquiridos por compra, donaciones y/o comodatos / Total Entradas, salidas y traslados de almacén por bienes adquiridos por compra, donación y/o comodatos elaborados y aprobadas que cumplen con los requisitos
2			X		Posibilidad de desabastecimiento en los 17 centros de atencion y nivel central de elementos de consumo.	1. Falta de recurses para la compra de los elementos de consumo 2. No solicitar oportunamente el pedido a almacén	1. No hay recursos financieros en la entidad	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Verificar las existencias en la bodega para asi distribuir según el pedido radicado p las dependencias. 2. En caso de no contar con existencias en la bodega se solicitan los insumos al proveedor. 3. Verificar el correcto diligenciamiento de los formatos de solicitud de Pedido	Operacional	54	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	1. Revisar el históricos de entregas a los centros de atención 2. Solicitar al proveedor los elementos de consumo 3. Solicitar a los centros de atención y nivel central los pedidos	1. Revisar el históricos de entregas a los centros de atención 2. Solicitar al proveedor los elementos de consumo 3. Solicitar a los centros de atención y nivel central los pedidos 4. Revisar las existencias en bodegas de los centros de atención	1 y 2. Sabana de pedido 3. Correos institucionales 4. Acta de visita de cotejo de existe.	Almacenista General y centros de atención y nivel central	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. de Solicitud de pedidos entregados por almacén a los centros de atención y nivel central / Total de solicitud de pedidos recepcionados en almacén X 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE								Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA													
						CAUSA									Afectación			Reputacional		Resultado															CRONOGRAMA (Tiempo Programado)											
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
3			X		Posibilidad de existencia de desactualización de inventarios (SARLAFT Y SICOF)	1. No diligenciar el formato de traslado de activos al momento de entrega del bien 2. Falta de control 3. Falta de compromiso con el proceso de levantamiento de inventarios en centros asistenciales	1. Inventarios desactualizados.	Legal, Financiero, cumplimiento y Operativo-(SARLAFT Y SICOF)	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control 3. Detrimento patrimonial por predios perdidos	Operacional	0	Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	80%	Alta	Mayor 60% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	AUTOMATICO (25%)	35%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	No se hicieron inventario en el 2022	1. Verificar el correcto diligenciamiento del formato de Traslado de Activos con las respectivas firmas autorizadas entre centros de Atencion en salud. (Cotejo en campo según cronograma) 2. Diligenciar el formato por parte de Almacén para traslado a las diferentes áreas. 3. Realizar el traslado en el software SEVEN según el responsable del bien. 4. Realizar la respectiva actualización de los Inventarios de bienes devolutivos en uso e inservibles de la E.S.E. Solution Salud y actualizar los respectivos registros en el software SEVEN, para guardar coherencia con los saldos contables.	1. Formato de traslado de activos con su repectivos consecutivo. 2. Inventarios y actas de conciliación de saldos con contabilidad 3. Cronograma de inventarios	Almacenista General, equipo de trabajo almacén y directores centros de atención														Según cronograma de Inventarios	No. Inventarios realizados con saldos conciliados con contabilidad / Total deinventarios programados y conciliados con contabilidad X 100
4			X		Posible pérdida de bienes no aseguradas. SARLAFT y SICOF	No entrega de la información a la subgerencia Administrativa y Logística para su inclusión en la póliza (asegurar el bien)	No entrega de la información a la subgerencia Administrativa y Logística para su inclusión en la póliza (asegurar el bien)	Legal, Cumplimiento y Operativo- SARLAFT y SICOF	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control 3. Detrimento patrimonial	Operacional	1	Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	80%	Alta	Mayor 60% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	SIN DOCUMENTAR	ALEATORIA	CON REGISTRO	Alto	Se radica un listado de bienes al año ante la subgerencia administrativa (En enero de cada año)	1. Una vez recepcionados los bienes se verifican los activos. 2. Elaborar la entrada de devolutivo y firmarla. 3. Se envía por correo electrónico u oficio con el listados de los bienes adquiridos (No. entrada, fecha y fra y/o acta cuando son donaciones y/o comodatos) a la Subgerencia Administrativa y Logística para la inclusión en la póliza enviado a la Aseguradora. 4. Realizar seguimiento a la subgerencia administrativa del aseguramiento oportuno de los bienes. 5. Realizar el ingreso a almacen y registrarlo en el software SEVEN generando el respectivo documento de ingreso expedido por Almacén.	Correo enviado electrónico u oficio con el listado radicado a la subgerencia Administrativa donde se solicita y anexa la entrada o factura para el aseguramiento de los bienes devolutivos.	Almacenista General y centros de atención y nivel central	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Permanente	No. de bienes incluidos y asegurados en la póliza / Total de bienes entregados en el listado a la Subgerencia Administratavia para asegurar X 100
5			X		Posibilidad de contar con procedimientos, guías, caracterización, instructivos y/o Manuales desactualizados	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Manual de procesos de procedimientos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar y/o diseñar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023. 3 Socializar los procedimientos con todo el personal	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad 2.Caracterizaciones, procedimientos guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados 3. Listado de socialización	Almacenista y equipo de trabajo de almacén			X			X							A 31 de marzo de 2023 A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 30 de Enero de 2023

YENNY JUDIT MARTINEZ AGUILERA
Almacenista General

CAROLINA MUÑOZ OCAMPO
Subgerente Administrativa y Logística (Supervisora)

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Asesoría y Acompañamiento en la formulación

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo Oficina de Planeación
Acompañamiento en la formulación

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	ADMINISTRATIVO	VIGENCIA:	2023
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGO		
PROCESO:	ARCHIVO Y GESTION DOCUMENTAL		
OBJETIVO DEL PROCESO	Planear, organizar, controlar y administrar la documentación y la información producida por las áreas de la entidad y recibida en virtud de las funciones desarrolladas por la ESE SOLUCION SALUD,desde su origen hasta su disposición final, respondiendo de manera eficaz su manejo, custodia y presevación, a través de mecanismos tecnológicos e instrumentos que pemitan ser consultados en forma efiiente y contribuyendo a la protección del patrimonio documental, toma de decisiones, divulgaión de la memoria institucional.		

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control	DESCRIPCION DEL RIESGO	ANÁLISIS: CAUSA: INMEDIATA	CAUSA: RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE: (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad
1			X		Posibilidad de pérdida o daño de la información y sus soportes por no conserservarse los documentos (SARLAFT)	Falta de infraestructura	1. Manipulación inadecuada de los documentos. 2. Transpapelado de los documentos a archivo externo de los mismos. 3. Olvido de la devolución oportuna. 4. El control ejercido en el préstamo de los documentos 5. Falta de infraestructura 6. Por organizar, ni conservar los documentos en el archivo central	Cumplimiento, Operativo y SARLAFT	1.Pérdida parcial o total de la información inherente a las áreas o procesos a los cuales pertenece. 2. Sanciones administrativas y disciplinarias	Operacional	11	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja
2	1		X		Posibilidad de incumplimiento de la normatividad vigente en la actualización y aplicación de las Tablas de Retención Documental-TRD y CVD Cuadros de Clasificación Documental	No cumplimiento con la normatividad vigente	No cumplimiento con la normatividad vigente	Cumplimiento, Operativo y legalidad	1. Duplicidad de la información. 2. Sanciones por los Entes de Control. 3. Perdida de la Memoria institucional de la Entidad	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja

Nº DE RIESGO	IMPACTO INHERENTE: Afectación: Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional: Reputacional	NIVEL	Resultado: % DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORACION DEL RIESGO: RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs Impacto)	CONTROLES EXISTENTES
1	Moderado 50% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	35%	DOCUMENTADO	ALEATORIA	CON REGISTRO	Moderado	1. Llevar Formato de Control de Préstamo de Documentos adoptado por calidad. Identificación completa del expediente o documento prestado en donde se evidencie la fecha de retiro y fecha de devolución, área que hace el requerimiento.
2	Mayor 50% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	Los TRD existentes están aprobadas desde el año 2007.

Nº DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN N/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA: CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
1	1. Inicia con la solicitud de requerimiento redireccionados al archivo central por correo electronico y/o oficio. 2. Búsqueda y revisión de los documentos solicitados. 3. Verificar el estado de conservación en que se encuentran los expedientes. 4.Diligenciar el formato de Control de Préstamo de Documentos. 5. Cumplir con una meta del 100% del suministro de la información de los expedientes que se encuentran en custodia del archivo central 6. Termina con la ubicación del documento en el lugar respectivo. 7. Solicitar la devolución en caso de no devolverlo oportunamente al archivo central.	Formato de Control de Préstamo de Documentos	Area Archivo y Gestión documental	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		N° de documentos extraviados o dañados durante el cuatrimestre /Total de documentos prestados durante el cuatrimestre x 100
2	1. Iniciar con reuniones el equipo interdisciplinario 2. Capacitar a todo el personal en materia de TRD. 3. Elaborar cronograma para llegar a cada uno puestos de trabajo para el levantamiento de la encuesta y de las TRD 4. Socializar para Aprobación de las Tablas de Retención Documental al equipo interdisciplinario y al Comité Institucional de Gestión y Desempeño - MIPG. 5. Iniciar con el proceso de alistamiento de la información al Consejo Departamental de Archivos para su respectiva revisión, aprobación y convalidación de las mismas. (En caso de ser aprobadas en la vigencia 2023) 6. Socializar las TRD en caso de ser aprobadas y convalidadas	1. Conformación equipo interdisciplinarios 2. Cronograma 3. Acta de aprobacion de MIPG 4. Documento de Radicado de la comunición oficial enviada al Consejo Departamental de Archivo. 5. Listas de socialización	Archivo, Grupo Interdisciplinario y Comité Institucional de Gestión y Desempeño MIPG		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Gestionar 100% el tema de TRD

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control	DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS - CAUSA: INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (NO. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE - Afectación: Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional: Reputacional	NIVEL	Resultado: % DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO
3			X		Posibilidad de Incumplimiento de la normatividad vigente en no existencia de las TVD - Tablas de Valoración Documental	No cumplimiento con la normatividad vigente	No cumplimiento con la normatividad vigente	Cumplimiento, Operativo y legalidad	1. Duplicidad de la información. 2. Sanciones por los Entes de Control. 3. Perdida de la Memoria Institucional de la Entidad	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos, (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado
4			X		Posibilidad de contar con procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos, (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado

Nº DE RIESGO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORACION DEL RIESGO - RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO: MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIO N/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
3	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	SIN DOCUMENTAR	CONTINUA	SIN REGISTRO	ALTO	No existen Tablas de Valoración Documental TVD	1. Iniciar con reuniones el equipo interdisciplinario 2. Capacitar a todo el personal en materia de TVD. 3. Elaborar y presentar un diagnóstico del archivo de cada Centros de Atención de Restrepo, Cumaral, Puerto Gaitán, Puerto Lleras, Vista Hermosa y La Macarena. 4. Socializar para Aprobación de las TVD al equipo interdisciplinario y al Comité Institucional de Gestión y Desempeño - MIPG. 5. Iniciar con el proceso de alistamiento de la información al Consejo Departamental de Archivo para su respectiva revisión, aprobación y convalidación de las mismas. (En caso de ser aprobadas en la vigencia 2023) 6. Socializar las TVD en caso de ser aprobadas y convalidadas	1. Cronograma equipo interdisciplinarios 2. Cronograma Y Diagnóstico 3. Acta de aprobación de MIPG 4. Documento de Radicado de la comunición oficial enviada al Consejo Departamental de Archivo. 5. Listas de socialización	Archivo, Grupo Interdisciplinario y Comité Institucional de Gestión y Desempeño MIPG		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	Gestionar 100% el tema de TVD
4	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Existen manuales y guías de archivo desactualizados	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar y/o los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad 2.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Responsable del archivo			X		X								A 31 marzo 2023 A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 30 de Enero de 2023

NELSON CAGUA GONZALEZ
Proceso de Archivo y Gestión Documental

CAROLINA MUÑOZ OCAMPO
Subgerente Administrativa y Logística (Jefe Inmediata)

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Acompañamiento y asesoría en la formulación

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo Oficina de Planeación
Acompañamiento en la formulación

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17	
MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO	

NIVEL:	ADMINISTRATIVO	VIGENCIA:	2023
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGOS		
PROCESO:	AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS- GLOSAS Y DEVOLUCIONES		
OBJETIVO DEL PROCESO	Gestionar, coordinar, revisar, evaluar, responder, hacer seguimiento a los servicios facturados, radicados,glosas y/o devoluciones de facturacion, respondiendo dentro de los tiempos de ley, contribuyendo al logro de los objetivos del área financiera a través de los registros en las plataformas, sofware asitencial-HOSVITAL con la aplicación de metodologias, procedimientos, instrumentos que le garanticen a la Empresa Social del Estado Solucion Salud, obtener unos valores depurados para el cobro exacto y oportuno de todos los servicios prestados.		

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS				PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE						Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control					VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)																	
						CAUSA								Afectación		Reputacional		Resultado							RESULTADO					CRONOGRAMA (Tiempo Programado)															
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACION/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
1			X		Posibilidad de generar respuestas Extemporáneas a las glosas y/o Devoluciones a las Entidades Responsables de Pago (Aseguradoras, EPS, Regimen Especial, Entidades Territoriales, etc.)- SARLAFT -SICOF	1. Demora en la entrega de las glosas y/o devoluciones por parte de ventanilla unica de la E.S.E, de las que son radicadas en casa area y/o plataformas y/o correo electrónico. 2. Por retraso en el tramite de respuesta del área de Auditoria de Cuentas Medicas 3. Falta cultura de verificación diaria de las correspondencia y/o correos electrónicos y/o plataformas	1. Falta de control y seguimiento a las glosas y/o devoluciones presentadas en el periodo	Legal, Financiero, Cumplimiento y Operativo - SARLAFT y SICOF	1. La no aceptación de respuesta de glosa por parte de la ERP y aplicabilidad de la misma. (Extemporaneidad) 2. Hallazgos de los Entes de control y vigilancia 3. Perdida de recursos e insumos. 4.Sinestralidad en las auditorias de control 5. Deterioro patrimonial	Operacional	36000 glosas recibidas 2.000 extemporaneas	Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	80%	Alta	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alta	1. Reporte de facturacion radicada aplicativo asistencial-HOSVITAL 2.Acta de conciliacion de glosas firmadas por las partes 3. Reporte de las plataformas de las Entidades Responsales de pago 4. Radicación de glosas y/o devolución recepcionado por correspondencia	1. Generar el Reporte de detallado de facturacion radicada del aplicativo HOSVITAL del periodo. 2. Realizar los registros de las glosas (en proceso y aceptadas) en el software asistencial-HOSVITAL 3 .Presentar Informe consolidado al comité de glosas de cantidades de facturas glosadas y aceptadas por Centro de Atencion y por motivos de glosa, determinando en % de mayor a menor impacto en cantidades de facturas y en valor en pesos por centro. 5. Realizar conciliacion y/o cruce con el area de cartera y con el proceso de facturacion.	1. Actas de conciliacion de glosas debidamente firmadas por las partes (E.S.E Y E.R.P) 2. Certificacion de valor total facturado, valor total glosado, valor total aceptado de glosado mensualmente y Presentar informe consolidado ante el COMITE DE GLOSAS de cada centro de facturacion y acepatado por Centro de Atencion y por motivos glosa, determinando en % de mayor a menor impacto en cantidades de facturas y en valor en pesos por centro. (	Subgerentia Administrativa y Logistica : Gestion y Procesos SAS (cuentas médicas)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	1. Valor total de glosa aceptada por la E.S.E./Valor total glosado por las E.R.P en el mes. 2. No. De facturas glosadas en el mes/Total de facturas radicadas en el mes X 100
2			X		Posibilidad de dar respuesta a Objeciones extemporáneas a la facturación por servicios prestados por otras IPS a nuestros usuarios o a los Recobros de la capita SARLAFT -SICOF	1. Demora en la entrega de la factura por parte del área de ventanilla única de la E.S.E correo electrónico y/o plataformas	1. Falta de control en la revisión de los documentos y del correo electronico. 2. Por retraso en el tramite de auditoria y generación de informe por parte del área de Auditoria de Cuentas Médicas 3. Demora en la entrega de soportes por parte de los Centros de Atencion.	Legal, Financiero, Cumplimiento y Operativo - SARLAFT	1. Hallazgo por parte de los Entes de control y Auditorias internas 2. Insatisfacción de las IPS que le han prestado el servicio a nuestros usuarios 3. Aumento de requerimientos por parte de las ESP con las cuales se tienen contratos por la modalidad capita(recobros)	Operacional	36000 glosas recibidas 2.000 extemporaneas	Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	80%	Alta	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alta	1. Certificación por parte del área de auditoria de los requerimientos recibidos y tramitados expedido cada 4 meses	1. Dar respuesta oportuna a las solicitudes según Términos establecidos en el procedimiento y normatividad vigente.	Certificación por parte del área de las solicitudes recibidas y tramitadas expedido cada 4 meses	Subgerente Administrativa y Logistica y Gestion y Procesos SAS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. De solicitudes con respuesta oportuna / Total de solicitudes recibidos por el área x 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	PROCESOS: Misional	PROCESOS: Apoyo	PROCESOS: Evaluación y Control	DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS – CAUSA: INMEDIATA	ANALISIS – CAUSA: RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE – Afectación: Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional: Reputacional	NIVEL	Resultado: % DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORACION DEL RIESGO – RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACION/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
3			X		Posibilidad de vencimiento de términos para dar respuesta a la correspondencia y/o requerimiento externo e interno.	1. Demora en la entrega de la correspondencia por parte del área de ventanilla única la ESE. 2.Falta de control en el proceso	1. Por retraso en el proceso de respuesta por parte área de Auditoría de Cuentas Médicas	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Incumplimiento en los tiempos de respuesta establecidos en la normatividad vigente 2.Incumplimiento a los procesos de la Empresa. 3.Hallazgos por parte de los organismos de vigilancia y control 4. Sanciones	Operacional	840	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Oficios radicados al área de auditoria. 2. Respuestas a los requerimientos realizados por las demas áreas.	1.Realizar seguimiento a la correspondencia recibida y dar respuesta oporuna.	1. Radicador de registros de correspondencia recibida y correspondencia emitida o respuesta a las solicitudes internas y externas.	Subgerente Administrativa y Logistiva y Gestion y Procesos SAS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	1. No. De oficios resebidos y tramitados con respuesta/Total de oficios o requerimiento recibidos X100
4			X		Posibilidad de que exista inoportunidad en los registros y/o ingreso de notas de las glosas (aceptadas o por responder) al software asistencial -HOSVITAL y/o software financiero-SEVEN según la vigencia de la factura.	1. Por retraso en el proceso de respuesta por parte área de Auditoría de Cuentas Médicas 2. Falta de compromiso	1. Retraso en el proceso de ingreso y/o registro de la informacion de glosas al software. 2.Falta de control y verificacion de los registros en el software.	Legal, financiero, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Reporte de saldos de cartera incoherente a los saldos reales que tiene en las E.R.P. 3. Incumplimiento en la causacion contable dentro de los periodos	Operacional	3000	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Reporte generado del software asistencial - HOSVITAL y financiero-SEVEN	1. Realizar el registro de las glosas recibidas y las glosas aceptadas oportunamente en el software asistencial y verificar que este pase por interface al software financiero SEVEN, para que estos registros afecten en tiempo real los saldos de cartera. 2. Enviar el reporte en excel al area de cartera para su respectivo cruce o conciliacion. 3. Reporte generado del software asistencial - HOSVITAL y financiero-SEVEN	1. Reporte de facturacion detallada generado del software asistencial - HOSVITAL donde se reflejen las columnas de los registros de glosas recibidas, glosas aceptadas y glosa pendiente de solucionar y lo registros del software financiero-SEVEN donde se reflejen los registros de la afectacion de las glosas(aceptadas y estudio). 2. Reporte en excel enviado al area de cartera para su respectivo cruce o conciliacion y/o Certificacion firmada de la entrega de la informacion a cartera.	Subgerente Administrativa y Logistiva y Gestion y Procesos SAS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	1. Valor total glosas (en estudio y aceptadas por la E.S.E., registradas en el software asistencial y financiero y reportado al area de cartera/Total de glosas recepcionadas (en estudio y aceptadas por la E.S.E.) en el periodo X 100
5			X		Posibilidad de contar con procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Procesos y procedimientos actualizados	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Existe un procedimiento y formatos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad 2.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Tesorera			X			X							A 31 de marzo de 2023 A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 30 de Enero de 2023

CAROLINA MUÑOZ OCAMPO
Subgerente Administrativa y Logistica
Supervisora del Proceso Tercerizado

Proceso de GESTION Y PROCESOS S.A.S.
Proceso Cuentas Médicas

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Acompañamiento y asesoría en la formulación

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
Empresa Social del Estado	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	ADMINISTRATIVO	VIGENCIA:	2023
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGO		
PROCESO:	CARTERA		
OBJETIVO DEL PROCESO	Gestionar, coordinar y ejecutar estrategias definidas para el área de Cartera que contribuyan al logro de los objetivos financieros con la ejecución del proceso de cobro y conciliación de cartera en forma oportuna, verificando pagos de los recursos adeudados por las diferentes entidades responsables, por la prestación de servicios de atención en salud en los 17 centros de atención, la cual es la base fundamental para el funcionamiento de la Empresa Social del Estado Solucion Salud en cumplimiento a los términos establecidos en la normatividad vigente.		

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE							Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA (Tiempo Programado)													
						CAUSA									Afectación Económica			Reputacional		Resultado																											
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIO N/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
1			X		Posibilidad de existencia de saldos de consignaciones por identificar	No se conoce el tercero y/o número de factura a aplicar.	No se conoce el tercero y/o número de factura a aplicar.	Financiero, cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Inclemente de los saldos de cartera	Operacional	2874	Alta (mín 500- máx 5000 veces año) 80%	80%	Alta	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (mín 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Solicitudes a entidades 2. Revisar plataformas de las entidades 3. Gestionar llamadas y correos electrónicos 4. Legalizar con recibo de caja	1. Relación entregada por parte del área de tesorería identificando por terceros el resptivo pago. 2. Aplicar el pago al tercero a la respectiva factura. 3. De las entidades de las cuales no se tenga conocimiento de las facturas a cancelar se procede a requerir a la entidad identificada (vía telefónica, oficio y/o correo electrónico) 4. Una vez respondan las entidades se realiza la aplicación a cada factura.	1. Relación entregada por parte del área de tesorería. 2. Certificación expedida por cartera de las consignaciones identificadas y aplicadas mensualmente 3. Planilla de control de gestión de consignaciones por identificar 4. Una vez respondan las entidades dan respus se realiza la aplicación a cada factura.	Tesorería y Oficina de Cartera	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	No. De consignaciones identificas mensualmente / Total de consignaciones por identificar mensualmente (gral) X 100
2			X		Posibilidad de no inclusión de la carteras de las entidades en proceso de liquidación en la masa liquidadora (SARLAFT Y SICOF)	1. Desuido 2. No recibir notificación.	Incumplimiento a la normatividad	Financiero, cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control. 3. Pérdida de recursos financieros	Operacional y crédito	1	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Catastrófico 100% = Mayor a 500 SMLMV	100%	Catastrófico	CATASTRÓFICO: El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país (100%)	Catastrófico	CATASTRÓFICO - Muy alta (Más de 5000 veces año) 100%	Catastrófico	DETECTIVO (15%)	MANUAL (15%)	30%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO		Revisar la página web de la Supersalud de las entidades en liquidación.	1. Consultrar en la página del Ministerio y Supersalud mensual, a fin de verificar las respectivas resoluciones que ingresan nuevas EPS en liquidación 2. En caso que la entidad se encuentre en proceso de liquidación radicar la facturación y los documentos correspondientes para ingresar a la masa liquidadora en forma oportuna	Pantallazo de ingreso a la página del ministerio de consultas Liquidación a la masa liquidadora según el caso	Profesional universitario Cartera	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. de Entidades identificadas en proceso de liquidación y a quienes se les radica la facturación / Total de entidades en proceso de liquidación x 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE						Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA CRONOGRAMA (Tiempo Programado)													
						CAUSA									Afectación Económica			Reputacional		Resultado							RESULTADO																		
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIO N/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCION	INDICADOR
3			X		Posibilidad de prescripción de la cartera (SARLAFT y SICOF)	Falta de seguimiento a las entidades responsables de pago	Falta de seguimiento a las entidades responsables de pago	Financiero, cumplimiento y Operativo	Pérdida de los recursos financieros.	Operacional y crédito	50	Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	80%	Alta	Catastróficos 100% = Mayor a 500 SMLMV	100%	Catastrófico	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO		1. Informa a las áreas correspondientes a facturacion y auditoría de cuentas el estado de las facturas glosadas o fas que están en devolución resultado del cruce de la cartera con las entidades.	1. Circularización de cartera 2 Veces al año; 1ra en Febrero 2023 con corte a 31 de dic 2022 y la 2da en Agosto 2023 con corte a 30 de junio de 2023. 3. Presentar informe de la gestión de la cartera a la Gerencia y a la Subgerencia administrativa y financiera y al comité de glosas con el análisis a la cartera de difícil cobro, de recuperación y Gestión de Cartera y ejecutar el trámite correspondiente al que haya lugar	Circularización del cobro de la cartera	Profesional universitario Cartera		X				X							Febrero y agosto 2023	1. 100% entidades circularizadas 2. 4 informes (Trimestre vencido informe de la cartera)
4			X		Posibilidad de presentacion de inconsistencias en la calidad de la información reportada a los Entes de Control	información inexacta con el área contable	Información inexacta con el área contable	Operativo, legal, cumplimiento	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control.	Operacional	4	Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	80%	Alta	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alta	Se concilia con contabilidad	1. Diligenciar los formatos SIA CONTRALORIA de acuerdo con el instructivo de la (cartera) 2. Conciliar con contabilidad para la exactitud de la información	Acta de conciliación	Profesional universitario Cartera y contabilidad	X		X			X			X				Trimestral	No. Entidades conciliadas / Total de entidades responsables de pago X 100
5			X		Posibilidad de contar con procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Existe un manual de cartera	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad y control interno 2.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Profesional universitario Cartera		X			X								A 31 marzo 2023 A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 25 de Enero de 2023

FERNANDO CAMARGO HERRERA
Proceso de Cartera

CAROLINA AGUNOZ CAMELO
Subgerente Administrativa y Logística (Jefe Inmediata)

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Acompañamiento y asesoría en la formulación

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo Oficina de Planeación
Acompañamiento en la formulación

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	ADMINISTRATIVO	VIGENCIA:	2023
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGOS		
PROCESO:	CONTABILIDAD		
OBJETIVO DEL PROCESO	Generar información con las característcas de confiabilidad, relevancia y comprensibilidad, con un manejo de registros contables adecuados y conformes al marco normativo de la CGN y las Politicas de las NIIF de la ESE Solución Salud.		

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE								Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA														
						CAUSA									Afectación			Reputacional		Resultado									RESULTADO					CRONOGRAMA (Tiempo Programado)													
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIO N/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
1			X		Posibilidad de incumplimiento en la presentación de informes a los Entes de vigilancia y control. (SARLAFT Y SICOF)	Por entrega y registro inoportuno de la información por parte de las áreas financieras	Por entrega y registro inoportuno de la información por parte de las áreas financieras	Legal, Cumplimiento y Operativo (SARLAFT Y SICOF)	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Generacion de intereses de mora y/o multas. 2.Sanciones de los organismos de control	Operacional	60 mensuales, 6 bimensuales, 12 bimestrales y 2 semestrales y 18 anual = 98 2 veces	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Catastrófico 100% = Mayor a 500 SMLMV	100%	Catastrófico	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO		Dar cumplimiento al Cronograma interno institucional	1. Elaborar cronograma de informes para la vigencia 2023 2. Publicar los Estados financieros comparativos mensuales, trimestrales y anuales en la pagina Web de la Entidad. 3. Realizar el envio de los Estados financiros completos en forma oportuna a la CDM, CGN-CHIP, SIHO, SUPERSALUD, CONFIS, de acuerdo a los plazos requeridos. 4. Revisar los registros de los libros auxiliares de reportes de descuentos practicados a los proveedores por concepto de: Estampillas Departamentales, Retencion de ICA, Retencion en la Fuente y Retencion de IVA y realizar la entrega en forma oportuna a Tesoreria para su presentacion y pago dentro de las fechas establecidas. 5. Elaborar y presentar en forma oportuna la Informacion Exogena de Rete ICA de los 18 Municipios, Informacion Exogena DIAN, Declaracion de Ingresos y Patrimonio, dentro de los plazos y formatos establecidos.	Cronogramas y soporte del envio del informe	Contador de la entidad	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Según cronogramas y normatividad vigente	No. de informes presentados / Total de informes a presentar X 100
2			X		Posibilidad de registro de conceptos equivocados por parte de las areas que registran la información contable que afectan la información contable	Inadecuado registro de la información en la aplicación de cuentas	Inadecuado registro de la información en la aplicación de cuentas	Financiero, Operativo y cumplimiento	Estados financieros no fidedignos.	Operacional	600	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Muy Baja 20% = Afectación menor a 10 SMLMV	20%	Muy Baja	MUY BAJA: El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización. (20%)	Muy Baja	LEVE - Muy baja (2 veces al año) 20%	Muy Baja	CORRECTIVO (10%)	AUTOMATICO (25%)	35%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Seguimiento a las causaciones que afectan los estados financieros previa al cierre mensual	1. Conciliar con las áreas financieras semestralmente 2. Seguimiento a las causaciones que afectan los estados financieros previa al cierre mensual	Acta de conciliación	Contador de la entidad					X						X		Semestralmente	Conciliación con las áreas financieras.

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE							Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA (Tiempo Programado)												
						CAUSA									Afectación			Reputacional		Resultado								RESULTADO																			
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACIÓN DE RIESGO SIRLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces con motivo la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
3			X		Posibilidad de contar con procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales y políticas NIIF desactualizados	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y Vigilancia	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (20%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Política NIIF y manual de procesos de procedimientos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el área de calidad 2.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Contador Público					X							A 31 de marzo de 2023 A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 26 de Enero de 2023

JOAN JACOBO ENCISO PARDO
Contador CP

CAROLINA MUÑOZ OCAMPO
Subgerente Administrativa y Logística (Superviso)

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Asesoría y Acompañamiento en la formulación

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo Oficina de Planeación
Acompañamiento en la formulación

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUción SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	ADMINISTRATIVO	VIGENCIA:	2023
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGOS		
PROCESO:	FACTURACION		
OBJETIVO DEL PROCESO	Prestar servicios para proceso de facturación, radicación, revisoría y auditoría de cuentas médicas por los servicios prestados en los centros de atención contribuyendo al logro de los objetivos de la Empresa Social del Estado Solución Salud		

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE							Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORAción DEL RIESGO		PLAN DE ACción (ADMINISTRAción DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA CRONOGRAMA (Tiempo Programado)													
						CAUSA									Afectación			Reputacional		Resultad									RESULTADO																					
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACIÓN DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FREQUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACIÓN	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN /PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
1			X		Posibilidad de no facturar el 100% los servicios prestados en los centros de Atención (SARLAFT y SICOF)	Falta de control en los Centros de Atención y en el área de facturación del nivel central	Falta de control en los Centros de Atención y en el área de facturación del nivel central	Operativo, Financiero, Cumplimiento y SARLAFT y SICOF	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Pérdida de recursos e insumos hospitalarios. 3.Sanciones de los organismos de control 4. Detrimento patrimonial de la ESE- riesgo económico.	Operacional	60.000	Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	80%	Alta	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	AUTOMATICO (25%)	50%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	ALTO	1. Reporte pendientes por liquidar aplicativo HOSVITAL en 0 pendientes 2.Informes a la supervisión	1. Generar el Reporte Pendientes por facturar del aplicativo HOSVITAL en forma general por operario (facturado) 2. Realizar revisiones al día siguiente de los cortes semanales al día siguiente hábil 3. Depurar el reporte Pendiente por facturar 4. Se envía el reporte depurado al correo electrónico institucional y/u otro medio de comunicación (evidenciado) del área de facturación de cada centro de Atención para ser revisados y depurados los pendientes por facturar. 5. Se controla a cierre de mes que todo servicio prestado en centros de atención este facturado, en caso de quedar algún pendiente se notifica al facturador y/o entidad con quien se tenga contratado el proceso de facturación para que asuma el valor de lo pendiente en caso de que se presente la novedad 7.El facturador que no causo los servicios, asume el pago de lo que dejo sin liquidar. 8. Realizar reuniones mensuales con los facturadores donde se evidencien los errores frecuentes con acciones correctivas y retroalimentación de temas pertinentes al área en la cual participen todos los colaboradores del área	1. Reporte pendientes por liquidar aplicativo SIHOS en 0 pendientes 2.Actas de reunión	Directores centros de atención, facturadores, Líder proceso de facturación, supervisor entidad contratada para el proceso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	No. de servicios Pendientes por facturar mensualmente en los 17 centros de atención / Total servicios identificados en los reportes pendientes por facturar en el mes en los centros de atención X 100
2			X		Posibilidad de no radicar el 100% de la facturación en las diferentes entidades a quienes se les prestaron los servicios de salud en los centros de atención y las recepcionadas en el área de facturación del nivel central (SARLAFT y SICOF)	1.Falta de control y verificación de pendientes por facturar. 2. Falta de compromiso.	Falta de control en los Centros de Atención y en el área de facturación del nivel central	Operativo, Financiero, Cumplimiento y SARLAFT y SICOF	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Pérdida de recursos e insumos hospitalarios. 3.Sanciones de los organismos de control 4. Detrimento patrimonial de la ESE- riesgo económico.	Operacional	60.000	Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	80%	Alta	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	AUTOMATICO (25%)	50%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	ALTO	1. Reporte pendientes por liquidar aplicativo HOSVITAL en 0 pendientes 2.Informes a la supervisión	1. Generar el Reporte Pendientes por facturar del aplicativo HOSVITAL en forma general por operario (facturado) 2. Realizar revisiones al día siguiente de los cortes semanales al día siguiente hábil 3. Depurar el reporte Pendiente por facturar 4. Se envía el reporte depurado al correo electrónico institucional y/u otro medio de comunicación (evidenciado) del área de facturación de cada centro de Atención para ser revisados y depurados los pendientes por facturar. 5. Se controla a cierre de mes que todo servicio prestado en centros de atención este facturado, en caso de quedar algún pendiente se notifica al facturador y/o entidad con quien se tenga contratado el proceso de facturación para que asuma el valor de lo pendiente en caso de que se presente la novedad 7.El facturador que no causo los servicios, asume el pago de lo que dejo sin liquidar. 8. Realizar reuniones mensuales con los facturadores donde se evidencien los errores frecuentes con acciones correctivas y retroalimentación de temas pertinentes al área en la cual participen todos los colaboradores del área	1. Reporte pendientes por liquidar aplicativo SIHOS en 0 pendientes 2.Actas de reunión	Directores centros de atención, facturadores, supervisor entidad contratada para el proceso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	No. Facturas expedidas mensualmente en los 17 centros de atención y que no son radicadas en la EAP / Total de Facturas expedidas mensualmente en los 17 centros de atención X 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE								Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACIÓN DEL RIESGO		PLAN DE ACCIÓN (ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA													
						CAUSA									Afectación			Reputacional		Resultad									RESULTADO					CRONOGRAMA (Tiempo Programado)												
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACIÓN DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACIÓN	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN /PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
3			X		Posibilidad de no dar respuesta oportunamente a las devoluciones administrativas que realizan las entidades responsables de pago (SARLAFT y SICOF)	1.Falta de control 2. Falta de compromiso. 3. Desconocimiento del procedimiento	Falta de control en los Centros de Atención y en el área de facturación del nivel central	Operativo, Financiero, Cumplimiento y SARLAFT y SICOF	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Pérdida en recursos e insumos. 3.Sanciones de los organismos de control 4. Detrimento patrimonial de la ESE- riesgo económico.	Operacional	1200	Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	80%	Alta	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	AUTOMATICO (25%)	35%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Dar respuesta oportunamente al 100% de las devoluciones administrativas que realizan las entidades. Ejercer constante seguimiento con el área de auditoría médica	1. Dar respuesta oportunamente al 100% de las devoluciones administrativas que realizan las entidades según la normatividad vigente. 2. Ejercer constante seguimiento con el área de auditoría médica y facturación. 3. Expedir certificación mensual donde se indiquen la cantidad de devolución recepcionadas y a las que se les dió respuesta.	Certificado expedido por el área de Auditoría Médica de las devoluciones administrativas recepcionada y tramitadas	Líder proceso de facturación, supervisor y entidad contratada para el proceso, Auditoría cuentas médicas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Respuestas permanentes	No. De devoluciones administrativas a las cuales se les dio respuesta dentro de los términos (mensual) / Total de devoluciones administrativas recepcionadas mensualmente X 100
4			X		Posibilidad de vencimiento de términos para dar respuesta a la correspondencia externa en lo materia de facturación. (SARLAFT y SICOF)	1. Falta cultura de verificación diaria de la correspondencia	Falta de control en la revisión de los documentos.	Financiero, Operativo y (SARLAFT y SICOF)	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2 Sanciones de los organismos de control	Operacional	3	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	CORRECTIVO (10%)	AUTOMATICO (25%)	35%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Revisión diaria de los correos electrónicos	Revisar diariamente el correo y correspondencia física radicada: Diariamente se descargan los radicados, y se realiza el trámite según corresponda (Archivar, dar respuesta o reasignar a otra dependencia)	Reporte de radicados (por ventanilla única) asignados al área	Líder proceso de facturación, supervisor y entidad contratada para el proceso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. De oficios o correos electrónicos que se encuentran vencidos a 30 de cada mes que han sido previamente asignados al área / Total de oficios o correos electrónicos asignados al área X 100
5			X		Posibilidad de entrega inoportuna de los soportes o información requerida por otras areas para los procesos de auditorías, conciliación, acreencias e informes internos o externos. (SARLAFT y SICOF)	Inoportunidad en trámite de las solicitudes en los tiempos establecidos	Falta de control en la revisión de los documentos y del correo electrónico.	Financiero y Operativo	1. Insatisfacción del cliente interno. 2. Hallazgo por parte de los Entes de control y Auditorías Internas	Operacional	3	Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	80%	Alta	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Dar respuesta oportuna a las solicitudes según términos establecidos en el procedimiento y normatividad vigente	1. Dar respuesta oportuna a las solicitudes según términos establecidos en el procedimiento y normatividad vigente x	Oficios de respuesta	Líder proceso de facturación, supervisor y entidad contratada para el proceso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. De solicitudes con respuesta oportuna / Total de solicitudes recibidas por el área x 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ANALISIS: CAUSA: INMEDIATA	CAUSA: RAÍZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACIÓN DE RIESGO (SARLAFT Y SICOF)	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE: Afectación: Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACIÓN	Reputacional: Reputacional	NIVEL	Resultad: % DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORACIÓN DEL RIESGO: RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACCIÓN (ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN /PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
6			X		Posibilidad de no reconocimiento de las facturas por parte de las ERP por radicación extempornea y demás entidades por no reclamación a entidades en proceso de liquidación (SARLAFT y SICOF)	Falta de control en los Centros de Atención y en el área de facturación del nivel cent	Falta de control en los Centros de Atención y en el área de facturación del nivel centr	Legal, Cumplimiento y Operativo (SARLAFT y SICOF)	1. detrimento patrimonial de la ESE- afectación economica.	Operacional	6	Alta (min 500- máx 5000 veces año) 60%	80%	Alta	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Reporte facturas generadas aplicativo HOSVITAL Z.Oficio radicado al área de cartera de facturas radicadas	Realizar seguimiento al sofware HOSVITAL Y SEVEN de las facturas de venta generadas en estado confirmado VS. radicadas ante las diferentes E.R.P. y demás entidades. 2. Entregar la información a cartera para presentación de las acreencias.	1. Reporte facturas generadas aplicativo SIHOS 2.Oficio radicado al área de cartera de facturas radicadas	Líder proceso de facturación, directores centros de atención, supervisor y entidad contratada para el proceso	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Permanente	No. Facturas radicadas ante cartera para cobro de acreenicas de entidades en liquidación / Total de facturas requeridas para cobro de acreenicas de entidades en liquidación x 100
7			X		Posibilidad de contar con procedimientos, guias, instructivos y/o Manuales y politicas del área desactualizados	Procedimientos guías, Instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Procedimientos guías, Instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Existe un procedimiento y formatos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad 2.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Líder proceso de facturación				X			X						A 31 de marzo de 2023 A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 30 de Enero de 2023

ROSEMBER VILLAMIL ORDOÑEZ
Proceso de Facturación

CAROLINA BONDZ OCAMPO
Subgerente Administrativa y Logística
Supervisora

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Acompañamiento y asesoría en la formulación

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo Oficina de Planeación

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUción SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17	
MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO	

NIVEL:	DIRECTIVO		
COMPONENTE:	ADMINISTRAción DE RIESGOS		
PROCESO:	GESTION AMBIENTAL	VIGENCIA:	2023
OBJETIVO DEL PROCESO	Gestionar, controlar y revisar los aspectos de la gestión ambiental en los Centros de Atención de la Empresa Social del Estado Solución Salud, para identificar alternativas de manejo ambiental y aspectos por mejorar.		

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control	DESCRIPción DEL RIESGO	ANALISIS: CAUSA: INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICación DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE: Afectación: Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACIón	Reputacional: Reputacional	NIVEL	Resultado: % DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO
1			X		Posibilidad de presentarse acumulación de desechos hospitalarios en los Centros de Atención	1. Falta de control y seguimiento a la recogida de los desechos 2. Dificultad en la disponibilidad de medio de transporte por parte del operador del servicio de recolección de residuos hospitalarios	1. Deficiencias en la recolección de desechos hospitalarios	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Deficiencias en la recolección de desechos hospitalarios 2. Hallazgos de Entes de vigilancia y control 3. Sanciones de los organismos de control 4. Incumplimiento de la Normatividad	Operacional	408	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (mín 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor
2			X		Posibilidad de deficiencia en los procesos del manejo integral de los residuos hospitalarios y disposición de desechos hospitalarios	1. Falta de seguimiento y control 2. Desconocimiento del proceso 3. Falta de compromiso	1. Ausencia de un mapa y ruta de evacuación de desechos hospitalarios	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Posible proliferación de agentes infecciosos 2. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Operacional	6205 (365 días X 17 Centros de Atención)	Muy alta (Más de 5000 veces año) 100%	100%	Muy Alta	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (mín 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor

Nº DE RIESGO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORAción DEL RIESGO: RESULTAD: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACción (ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA: CRONOGRAMA (Tiempo Programado): C	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
1	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	ALTA	1. Existencia de proceso contratado para el transporte de desechos hospitalarios.	1. Contrato para el transporte de desechos hospitalarios. 2. Revisar los motivos de la deficiencias en la recolección de desechos hospitalarios, que se acumulen en las áreas de atención material quirúrgico, hospitalario entre otros que hallan sido usados para intervenciónes o tratamiento medico - hospitalario 3. Realizar seguimiento al proceso de recolección de desechos hospitalarios 4. Hacer control a la proliferación de agentes infecciosos	1. Cronograma de control de recolección de desechos Hospitalarios. 2. Diligenciamiento del formato FR IMARI 63 mensualmente	Tecnico area de la Salud -Gestion Ambiental - Jefe Oficina de Recursos Humanos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. Kg de desechos recolectados mensual en los 17 C.A. / Total de Kg de desechos producidos en el mes en los 17 C.A. X100
2	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	ALEATORIA	SIN REGISTRO	ALTA	1. Seguimiento por parte de las vigías de salud en cada Centro de Atención 2. Realizar seguimiento a las rutas de evacuación de residuos hospitalarios 3. Capacitaciónes al personal de los Centros de Atención	1. Seguimiento por parte de las vigías de salud en cada Centro de Atención 2. Realizar seguimiento a las rutas de evacuación de residuos hospitalarios 3. Capacitaciónes al personal de los Centros de Atención 4. Disponibilidad de Guardianes para los elementos cortopunzantes y los insumos necesarios (bolsas)	1. Planillas de asistencias a las capacitaciónes 2. Cronograma de control y seguimiento	Tecnico area de la Salud -Gestion Ambiental - Jefe Oficina de Recurso Humano	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual y Semestral (Capacitaciónes)	No. De personal capacitado en los Centros de Atención / Total de personal activo en los Centros de Atención X100

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE								Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACIÓN DEL RIESGO		PLAN DE ACCIÓN (ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA													
						CAUSA									Afectación			Reputaciónal		Resultado									RESULTADO					CRONOGRAMA (Tiempo Programado)												
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACIÓN DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (Nro. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACIÓN	Reputaciónal	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN /PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	M	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
6			X		Posibilidad de contar con procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Procesos y procedimientos actualizados	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Existe un procedimiento y formatos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad 2.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Tecnico area de la Salud -Gestion Ambiental - Jefe Oficina de Recurso Humano			X			X							A 31 de marzo de 2023 A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, Instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, Instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 30 de enero 2023

HARVEY ROA RAMIREZ
Tecnico Area de la Salud

LOREN CRISTINA OCAMPO CABRERA
Unidad Funciona de Recurso Humano

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Asesoría y Acompañamiento en la formulación

ANA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo a Planeación

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUción SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	ADMINISTRATIVO		
COMPONENTE:	ADMINISTRACión DE RIESGOS		
PROCESO:	MERCADEO	VIGENCIA:	2023
OBJETIVO DEL PROCESO	Gestionar, revisar, valuar y mejorar las condiciónes contractuales de la E.S.E. Departamental Solución Salud, por medio de una contratación adecuada, adsequible, ecuanime y rentable enmarcados en una estrategia de oferta de servicios de salud acorde a habilitación que contribuya a la sostenibilidad financiera de la Entidad.		

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ANALISIS CAUSA: INMEDIATA	CAUSA: RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACIÓN DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad
1			X		Posibilidad de no legalización oportuna de los contratos capitados y/o eventos con las Entidades Responsables de Pago.- SARLAFT - SICOF	1. Falta de control y seguimiento en la ejecución de las actividades registradas en los contratos suscritos con las E.R.P.	1. Demora en el proceso de concertación de las actividades y/o servicios contratar estipulados en el anexo técnico presentado por la E.R.P. 2. Dificultad en las negociaciones con las diferentes EPS y/o E.R.P.	Legal, financiero, cumplimiento, Operativo- SARLAFT - SICOF	1. Dificultad para posterior cobro de los servicios prestados 2. Hallazgos por las entes de vigilancia y control 3. Detrimento Patrimonial	Operacional	4	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media
2			X		Posibilidad de carencia de estrategias de marketing que permitan aumentar la cobertura y los ingresos de la Entidad - Nuevas unidades de negocio	1. Desconocimiento en los procesos apertura de nuevas unidades de negocio de acuerdo al nivel de complejidad de la Entidad. 2. Falta de socialización del Portafolio de Servicios 3. Presentar el portafolio de servicios en medios de comunicación.	1. Deficiente gestion comercial del area de mercado en la oferta de servicios y nuevas unidades de negocio.	Operativo y cumplimiento	1. Ingresos insuficientes para cumplir con los gastos de funcionamiento de los Centros de Atención 2. Desconocimiento del portafolio de Servicios de la E.S.E. Solución Salud.	Operacional	2	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja

Nº DE RIESGO	IMPACTO INHERENTE: Afectación: Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACIÓN	Reputacional: Reputacional	Resultado: NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORACIÓN DEL RIESGO: RESULTADO SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES
1	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (más 500- más 5000 veces al año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Revisar las actividades, servicios a ofertar y realizar el proceso precontratual y contractual con las diferentes E.R.P.
2	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Vigilar que los servicios ofertados se presten en forma oportuna y con calidad a la población de los 17 Centros de Atención en pro de mejorar la imagen de la Entidad.

Nº DE RIESGO	PLAN DE ACCIÓN (ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN PRODUCTO O ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
1	1. Realizar el estudio técnico de costos de los servicios y actividades a ofertar por parte de la E.S.E. Solución Salud, (decreto 441 de 2022) 2. Revisar el anexo técnico de las actividades a contratar en conjunto con la Subgerencia Asistencial, lider de PyP, coordinadores de Laboratorio clinico, Odontologia, Directores, Planeación, Calidad y el área de Mercadeo para evaluar qué servicios y/o actividades se pueden ofertar en cada Centro de Atención de acuerdo a la capacidad instalada de la E.S.E. Solución Salud 3. Realizar oportunamente procesos precontractual y contractual anualmente. 4. Realizar seguimiento a las actividades concertadas y resgistradas en los contratos firmados por los Respresentantes Legales. 5. Ejercer control en la prestación de los servicios requeridos por la población.	Estudios precontratual, contratos firmados, Actas de reunion firmadas.	Líder del proceso de Mercadeo, contratista de apoyo del area de mercadeo, Planeación y Subgerencia Administrativa y Logística.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	No. de contratos firmados con seguimiento a las actividades y/o servicios realizado por el área de mercadeo / Total de contratos firmados con las EPS y/o E.R.P. X 100
2	1. Realizar actualización y mejora del portafolio de servicios de la Entidad y socializarlo a los 17 Centros de Atención y al Nivel Central. 2. Elaborar y presentar propuestas de nuevas unidades de negocio a la Subgerencia Asistencial y Gerencia. 3. Publicar en medios de Comunicación el nuevo portafolio de servicios.	1. Presentación de propuestas de las nuevas unidades de negocio a la Gerencia y Subgerencia Asistencial 2. Actas de Socialización del nuevo Portafolio de Servicios con los 17 Centros de Atención y el Nivel Central	Líder del proceso de Mercadeo, contratista de apoyo del área de mercadeo, Planeación y Subgerencia Administrativa y Logística.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual y/o según cronograma del area de mercadeo.	No. De ..... Propuestas radicadas ante la Gerencia y Subgerencia Asistencial de las nuevas unidades de negocio/ Total de las nuevas unidades de negocio propuestas o proyectadas X100

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ANALISIS CAUSA: INMEDIATA	ANALISIS CAUSA: RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACIÓN DE RIESGO SARLAFT - SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE: PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la actividad)	PROBABILIDAD INHERENTE: % Probabilidad	PROBABILIDAD INHERENTE: Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE - Afectación: Afectación Económica	IMPACTO INHERENTE - Afectación: %	IMPACTO INHERENTE - Afectación: NIVEL DE AFECTACIÓN	IMPACTO INHERENTE - Reputacional: Reputacional	IMPACTO INHERENTE - Reputacional: NIVEL	IMPACTO INHERENTE - Resultado: % DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE - Resultado: NIVEL DE IMPACTO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORACIÓN DEL RIESGO - RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACCIÓN (ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO-MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
3			X		Posibilidad de desconocimiento de las actividades y/o servicios que se ofertan en cada Centro de Atención registradas en el portafolio de servicios de la E.S.E. Solución Salud SARLAFT - SICOF	1. Prestación de servicios y/o actividades no contratadas. 2. Aumento de los costos y gastos hospitalarios sin opción de recuperación	1. Facturación de servicios no contratados por las EPS y/o E.R.P. lo cual genera glosas a la E.S.E. Solución Salud	Legal, financiero, cumplimiento, Operativo- SARLAFT - SICOF	1. Glosas y/o devoluciones de las facturas radicadas una vez sean auditadas por la E.R.P. 2. Hallazgos por parte de los Entes de Vigilancia y Control 3. Detrimento patrimonial	Operacional	20	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Prestación de servicios con deficiencia por desconocimeinto del portafolio.	1. Realizar socialización del portafolio de servicios en los 17 Centros de Atención y a la comunidad. 2.Monitorear la atención a los usuarios.	1. Actas de socialización. 2 Soportes de Publicación del portafolio de servicios	Líder del proceso de Mercadeo, contratista de apoyo del área de mercado, Planeación y Subgerencia Administrativa y Logística.				X					X				Mensual	No. De Centros de Atención a los cuales se les socializo el portafolio de servicios/ Total de Centros de Atención X 100
4			X		Posibilidad de no realizar una adecuada revision durante el proceso de liquidación y/o no liquidar los contratos de modalidad capitado firmados al terminar la vigencia. SARLAFT-SICOF	1. Deficiente seguimiento a la contratación	1. Realización de descuentos a la capita por recobros, Homéninos, Actividades no realizadas. 2. Incumplimiento a la normatividad	Legal, financiero, cumplimiento, Operativo- SARLAFT-SICOF	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Descuentos de recursos financieros 3. Sanciones 4. Detrimento patrimonial	Operacional	4	Alta (mín 500- máx 5000 veces año) 80%	80%	Alta	Mayor 60% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (mín 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	Proceso de liquidación de contratos firmados bajo la modalidad capita y evento.	1. Elaborar la relación de pagos recibidos que contengan numero de factura, periodo, valor facturado a que contrato corresponde vs pagos acordados según el contrato y modalidad de contratación. (AREA DE CARTERA) 2. Elaborar la relación de facturas, indicar el numero de contrato al cual corresponden segun el contrato, estado de la factura, modalidad de contratación según el contrato, valor facturado, glosas aplicadas, valor aplicado y saldo. (AREA DE CARTERA Y AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS) 3. Requerir los soportes de los descuentos de P y P a realizar por parte de la EPS modalidad capitada y revisarlos con el personal de la subgerencia asistencial para determinar si aplica o no de acuerdo al anexo tecnico de lo contratado, con antelación a la firma del acta de liquidación. (ASISTENCIAL) 4. Archivar y salvaguardar las actas firmadas con sus respectivos soportes. 5. Enviar copias de las actas firmadas y el documento excel de la relación de facturas con los respectivos montos a aceptar por descuentos a cada factura en informar sobre las fechas de pagos de los saldos a favor de la E.S.E. Solución Salud al area de cartera, para su correcta depuración de saldos existentes.	1. Reportes precios al proceso de liquidación del contrato radicados al area de cartera para el proceso de elaboración de las listas debito por los valores descontados. 2. Actas de liquidación de contratos debidamente firmadas por los Representantes legales.	Líder del proceso de Mercadeo, contratista de apoyo del area de mercado, Cartera Auditoria Cuentas Medicas, Subgerencia Asistencial y Subgerencial Administrativa y Logística.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	No. Contratos liquidados/Total de contratos pendientes por liquidar de vigencia actual y/o anteriores X 100
5			X		Posibilidad de contar con procedimientos, guías, instructivos, portafolios de servicios y Manuales del área desactualizados	Procesos, procedimientos y Portafolios de servicios actualizados	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Desconocimiento	Operacional	3	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Existe un procedimiento y formatos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad 2.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Líder del proceso de Mercadeo, contratista de apoyo del area de mercado Subgerencia Administrativa y Logística.			X			X							A 31 de marzo de 2023 A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio 30 de Enero de 2023

ASTRITH GUALTERO CAICEDO
Líder Proceso de Mercadeo
Supervisora

ROSSEMBERG VILLAMIL ORDOÑEZ
Contratista apoyo Proceso de Mercadeo

CAROLINA MUÑOZ OCAMPO
Subgerente Administrativa y Logística

OLGA LUCIA BAUDERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Acompañamiento y asesoría en la formulación

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo a Planeación

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUción SALUD	VERSIón 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	ADMINISTRATIVO	VIGENCIA:	2023
COMPONENTE:	ADMINISTRAción DE RIESGOS		
PROCESO:	PRESUPUESTO		
OBJETIVO DEL PROCESO	Planear, ejecutar, coordinar y controlar las actividades requeridas para elaborar y ejecutar el presupuesto de igresos, gastos e inversiónes y ejercer el control presupuestal de la Empresa		

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPción DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE							Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORAción DEL RIESGO		PLAN DE Acción (ADMINISTRAción DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA													
						CAUSA									Afectación Económica			Reputacional		Resultado								RESULTADO					CRONOGRAMA (Tiempo Programado)												
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICAción DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACIón	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	Acciones PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIón (PRODUCTO ENTREGABLE)	RESPONSABLES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
1			X		Posibilidad de presentación inoportuna de los informes a Entes de control y vigilancia.	Descuido en seguimiento a las fechas de envió, para realizar los cargues en el tiempo adecuado	1. Fallas del software financiero-SEVEN para generación de reportes 2.Falta de control en las fechas de envío de informes	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de los entes de vigilancia y control 2. Sanciónes 3. Requerimientos por parte de la Entidades externas o de Gerencia	Operacional	30	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	1.Dar cumplimiento al Cronograma de vencimiento de informes de la vigencia 2023	1. Proyectar el cronograma de vencimiento de informes de la vigencia 2023. 2. Descargar los registros del software para la revisión previa al cierre presupuestal mensual. 3. Hacer seguimiento a los saldos de CDP y compromisos con saldos por ejecutar periódicamente para ir depurando saldos no afectados. 4. Coordinar con el área de sistemas para que regulaten al proveedor del software sobre las inconsistencias pendientes de subsanar en cuanto a informes y/o reportes que se deben generar desde el software financiero- SEVEN para entrego a los entes de control y esta ajustando los informes de forma manual por la no generación sistematica de los informes de Ley.	Correos electrónicos y/o reificados de la presentación de los informes por plataforma. Reportes con información parcial del software financiero-SEVEN	Profesional Universitario área Presupuesto, jefe oficina de sistemas, Subgerente Administrativa y Logística.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual, Trimestral y Anual	No. de informes presentados oportunamente / Total informes por presentar al año X 100
2			X		Posibilidad de proyectar inadecuadamente las cifras del presupuesto para el año siguiente.	Proyectar inadecuadamente las cifras del presupuesto para el año siguiente por errores de transcripción.	Incumplimiento a la normatividad	Fiscalero, Operativo y SARLAFT	1. Incumplimiento al Plan de Gestión de la Entidad. 2. Sanciónes	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de gestor administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (mín 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Elaboración del presupuesto con base al histórico de las vigencias anteriores y las proyecciónes entregadas por las áreas. 2. Elaborar el Acuerdo de Presupuesto para la vigencia de año siguiente para ser presentado y aprobado por la Junta Directiva.	1. Verificar el presupuesto proyectado documentándose con los valores históricos de los presupuestos (años anteriores) e información entregada por las áreas de recurso humano, facturación, mercadeo, cartera, tesorería, farmacia, subgerencias asistencial para ser entregado a Gerencia. 2. Elaborar el Acuerdo del Presupuesto para la vigencia de año siguiente para ser presentado y aprobado por la Junta Directiva. 3. Seguimiento y control al pan de adquisiciones, compra de insumos de farmacia, papelería, aseo, mantenimiento de vehículos entre otros. 4. Elaborar el Acuerdo de Presupuesto para la vigencia de año siguiente para ser presentado y aprobado por la Junta Directiva.	Acuerdo de aprobación del Presupuesto 2023 y Acta de Junta Directiva	Profesional Universitario área Presupuesto, Almacén, farmacia y Subgerencia Administrativa y Logística.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Anual	Acuerdo de aprobación del presupuesto para la vigencia 2023

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ANALISIS				PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE						Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACIÓN DEL RIESGO		PLAN DE ACCIÓN (ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA													
						CAUSA								Afectación Económica			Reputacional		Resultado							RESULTADO					CRONOGRAMA (Tiempo Programado)												
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAÍZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACIÓN DE RIESGO SARLAFT / SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACIÓN	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN /PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
3			X		Posibilidad de registrar inoportunamente en el módulo de presupuesto las modificaciones aprobadas	Por desatención se puede dejar de actualizar en las fechas oportunas el registro de modificaciones al presupuesto en el módulo respectivo	Desconocimiento o incumplimiento a la normatividad	Legal, financiero, cumplimiento y Operativo	1. Incumplimiento al Plan de Gestión de la Entidad. 2. Hallazgos de los entes de vigilancia y control 3. Sanciones	Operacional	4	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR; El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- max 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	Registrar oportunamente en el software financiero-SEVEN las modificaciónes al presupuesto debidamente aprobadas y hacer el seguimiento a los saldos presupuestales reflejados en el modulo de SEVEN	1. Registrar oportunamente en el software financiero-SEVEN las modificaciónes al presupuesto debidamente aprobadas y hacer el seguimiento a los saldos presupuestales reflejados en el modulo de SEVEN 2. Verificar los saldos presupuestales en el módulo de SEVEN frente a los archivos físicos de control del área de presupuesto 3. Solicitar copia de las resolución de modificaciones al presupuesto ante CONFIS	Resoluciones y/o Acuerdos aprobados	Profesional Universitario área Presupuesto y Subgerencia Administrativa y Logística.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Periódicamente según la necesidad	No. de modificaciónes registradas en el software financiero-SEVEN . módulo de presupuesto / Total de Modificaciónes aprobadas X 100
4			X		Posibilidad de existencia de inconsistencias en la calidad de la información reportada en la rendición de cuentas a la Contraloría Departamental del Meta y demás Entes de control	1. Error en la digitación manual de la información	1. Deficiencias del software Financiero y Asistencias 2. Obstaculización en el proceso de cierre mensual	Legal, financiero, cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos por los entes de vigilancia y control 2. Investigaciones Disciplinarias 3. Sanciones	Operacional	12	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR; El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- max 5000 veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1). Realizar los cargues de los formatos SIA en la plataforma de la Contraloría Departamental del Meta	1. Elaborar los informes con los reportes del software y los registros manuales. de acuerdo a la estructura de los Entes de control 2. Realizar los cargues de los formatos y/o registros de información en la plataforma SIA de la Contraloría Departamental del Meta, CHIP-CGN, SUPERSALUD-SIHO. 3. Validar y corregir los errores que se presentan para el envío.	Informes elaborados y presentados	Profesional Universitario área Presupuesto, jefe oficina de sistemas, Subgerente Administrativa y Logística.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	No. De Informes presentados con inconsistencia s a los Entes externos/ Total de informes a presentar X 100
5			X		Posibilidad de contar con procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados		Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Existe un procedimiento y formatos.	1. Diseñar y rediar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el área de calidad 2.Caracterizaci on, procedimientos , guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Profesional Universitario área Presupuesto.			X			X							A 31 de marzo de 2023 A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterizació n, procedimiento s, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterizació n, procedimiento s, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 30 de Enero de 2023

JORGE HUMBERTO RINCON VERGANO
Profesional Universitario área de Presupuesto

CAROLINA MUÑOZ OCAMPO
Subgerente Administrativa y Logística

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Acompañamiento y asesoría en la formulación

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo a Planeación

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUción SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	DIRECTIVO	VIGENCIA:	2023
COMPONENTE:	ADMINISTRAción DE RIESGOS		
PROCESO:	UNIDAD FUNciónAL DE RECURSO HUMANO		
OBJETIVO DEL PROCESO	Planear, organizar, dirigir, coordinar y controlar todas las actividades necesarias para desarrollar estrategias adecuadas, eficientes y eficaces que redunden en el bienestar integral de los empleados publicos y trabajadores oficiales de la E.S.E. Solución Salud, elevando sus potencialidades humanas y laborales, que contribuyan a la satisfacción del cliente interno y externo, para poder prestar un servicio de calidad.		

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE								Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORAcIón DEL RIESGO		PLAN DE ACCIÓN (ADMINISTRAción DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA CRONOGRAMA (Tiempo Programado)												
						CAUSA									Afectación			Reputacional		Resultado									RESULTADO																			
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACIÓN DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACIÓN	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN /PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
1			X		Posibilidad de incumplimiento en la vinculación de personal sin los requisitos establecidos en Acuerdos de Junta directiva, manuales de funciones aprobados por Junta Directiva. (SARLAFT Y SICOF)	Verificación de la lista de chequeo	1. Falta de control en la recepción de documentos 2. Verificación de los documentos listos frente a la lista de chequeo	Legal, Cumplimiento y Operativo SARLAFT	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control 3. Incumplimiento de la Normatividad	Operacional	70	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Baja-40% = Entre 10 y 50 SMLMV	40%	Baja	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Formato de Control	1. Verificar la documentación con el formato de lista de chequeo, en el momento de vinculación a la entidad 2. Diligenciamiento del formato de SARLAFT al momento de vincular al personal verificando alternamente en la lista clinton firmando y registrando la fecha del funcionario que lo verificó.	1. Lista de cheques con el cumplimiento de los requisitos de vinculación 2. Verificación lista clinton	Unidad Funcional de Recurso Humano	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. De Historias laborales que cumplen con lo requisitos según lista de chequeo según el cargo /Total de historias laborales del personal vinculado X100
2			X		Posibilidad de incumplimiento en la Evaluación semestral al Recurso Humano vinculado en la empresa en Carrera Administrativa conforme al Aplicativo de la Comisión Nacional del Servicio Civil	1. Funcionarios no capacitados o actualizados en las actividades a realiza 2. Falta de compromiso	1. Incumplimiento a los compromisos pactados en la concertación de objetivos	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control 3. Incremento en las calificaciones deficientes de los funcionarios	Operacional	92	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Baja-40% = Entre 10 y 50 SMLMV	40%	Baja	BAJA: El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores. (40%)	#N/D	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	#N/D	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	ALEATORIA	SIN REGISTRO	Moderado	1. Evaluación de desempeño. 2. Realizar llamados de atención y/o memorando según sea el caso.	1. Evaluación de desempeño. 2. Realizar llamados de atención y/o memorando según sea el caso. 3.Suscribir plan de mejoramiento individual cuanto el funcionario de carrera incumpla la concertación de compromisos 4. Revisar y hacer seguimiento a las evaluaciones de desempeño realizadas y a los compromisos concertados.	1. Evaluación de desempeño individual en caso de no cumplir con los compromisos concertados según el resultado de la evaluación de desempeño laboral 2. Planes de mejoramiento individual	Unidad Funcional de Recurso Humano	X	X				X	X						Permanente	No.-empleados de carrera evaluados en el semestre / Total de aTrabajadores de Carrera a evaluar x 100
3			X		Posibilidad de falta de la medición del clima laboral de la entidad teniendo en cuenta los lineamitos de normas expedidas por el Estado Colombiano	1. Demasiada carga laboral en algunos funcionarios. 2. Falta de objetivos 3. Falta de realización de actividades de Bienestar social	1. Inexistencia de comunicación asertiva con las con las áreas	Legal, Cumplimiento y Operativo	Falencia en la comunicación con las diferentes áreas	Operacional	3	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Baja-40% = Entre 10 y 50 SMLMV	40%	Baja	MUY BAJA: El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización. (20%)	Muy Baja	LEVE - Muy baja (2 veces al año) 20%	Muy Baja	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Encuestas de medición de clima laboral	1. Realizar Encuesta para medición del clima laboral. 2. Presentar informe ante la gerencia y comité MIPG resultado del clima organizacional	Informe medición del clima laboral	Unidad Funcional de Recurso Humano			X	X	X	X	X						Encuesta a 30 de julio 2023 Informe a 31 de agosto 2023	Un informe socializado ante el Comité de MIPG resulado clima organizacional / Acta de MIGP

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control	DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS CAUSA: INMEDIATA	ANALISIS CAUSA: RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACIÓN DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces al año que se realiza la actividad)	PROBABILIDAD INHERENTE: PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE – Afectación: Afectación Económica	Afectación: %	Afectación: NIVEL DE AFECTACIÓN	Reputacional: Reputacional	Reputacional: NIVEL	Resultado: % DE IMPACTO	Resultado: NIVEL DE IMPACTO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORACIÓN DEL RIESGO – RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACCIÓN (ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN /PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
4			X		Posibilidad de asistencia de estudiantes al centro de práctica sin las garantías de protección necesaria	1. Por olvido o por desconocimiento	1. Por desconocimiento, Omisión y olvido	Legal, Cumplimiento y Operativo	1.Incumplimiento de las normas 2. Sanciones legales y jurídicas (solidarios)	Operacional	1.48 estudiantes al año	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (mín 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Revisión previa de la documentación requeridad de cada uno de los estudiantes para poder realizar la práctica formativa	1. Revisión previa de la documentación requeridad de cada uno de los esturdiantes para poder realizar la práctica formativa	Formato de seguimiento a estudiantes de práctica de docencia servicio	Líder de Recurses Humanos y líder de docencia servicio	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	Cantidad de estudiantes con cumplimiento del 100% del Base de requisitos para realizar la práctica de docencia - servicios.
5			X		Posibilidad de convenios de docencia - servicios desactualizados	Cumplimiento de los requisitos	Falta de seguimiento a los convenios docencia servicio	Cumplimiento y Operativo	1. Aceptar estudiantes sin la exitencia de convenios docencia servicio	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (mín 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Revisión de los convenios de docencia servicios y la documentación	1. Revisión de los convenios de docencia servicios y la documentación.	Informe radicado ante Gerencia y talento humano de una revisión al año	Líder de Recurses Humanos y líder de docencia servicio			X										a Abril de 2023	Un informe radicado anle Gerencia y talento humeno de una revisión al año
6			X		Posibilidad de contar con procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Procesos y procedimientos actualizados	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Existe un procedimiento y formatos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el area de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad 2.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Tesorera			X			X							A 31 de marzo de 2023 A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 30 de Enero de 2023

LOREN CRISTINA OCAMPO CABRERA
Jefe Unidad Funcional de Recurso Humano

CAROLINA MUÑOZ OCAMPO
Subgerente Administrativa y Logística
Jefe inmediata

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Asesoría y Acompañamiento en la formulación

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo a Planeación

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUción SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	ADMINISTRATIVO
COMPONENTE:	ADMINISTRAción DE RIESGOS
PROCESO:	SISTEMAS
OBJETIVO DEL PROCESO	Asesorar, administrar lo referente a la identificación, formulación, elboración, evaluación y ejecución de proyectos integrales de apoyo en la informatica y las nuevas tecnologias de la información y de las comunicaciones en todos los niveles de la institución (Acuerdo 04 de 2012).

VIGENCIA: 2023

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación / Control	DESCRIPción DEL RIESGO	ANALISIS: CAUSA: INMEDIATA	CAUSA: RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACIÓN DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad
1			X		Posibilidad de daño de Servidores y/o no generación de Backup de la información registrada en el software Asistencial-HOSVITAL y financiero-SEVEN y la institucional generada en Computadores de la E.S.E. Solución Salud (SARLAFT Y SICOF)	1. Perdida de Información por daños de Servidores. 2. Ataques cibernéticos	1. Daños de los Servidores 2. Falla Eléctrica	Legal, cumplimiento, Operativo y SARLAFT	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control 3. Pérdida de información financiera y asistencial	Operacional	1095	Alta (más 500- máx 5000 veces año)	80%	Alta
2			X		Posibilidad daño del cableado de la Red Informática de la Entidad	1. Obstrucción o rompimiento del cableado de la Red existente en cada uno de los Centros de Atención y de Nivel central 2. Deterioro por uso de la Red existente.	1. Daños o falencias frecuentes en la red. 2.Intervenir la red de forma no técnica por parte de personal ajeno al área de sistemas sin autorización previa.	Financiero, Operativo y SARLAFT	1. Pérdida de la conectividad de equipos de cómputo, impresoras, etc 2. Inoperabilidad del software de la empresa.	Operacional	6	Alta (más 500- máx 5000 veces año)	80%	Alta
3			X		Posibilidad de incidentes que pongan en peligro la información de los usuarios de la red.	1. Falta de cultura de salvaguardar los archivos magnéticos 2. Apertura de correos con virus.	1. Falta de cultura de salvaguardar los archivos magnéticos 2. Apertura de correos con virus.	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Bajo conocimiento de los usuarios sobre seguridad de la información 2. Falta de activación de antivirus y/o restricción de acceso a sitios no autorizados.	Operacional	3	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja

	IMPACTO INHERENTE: Afectación: Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTAción	Reputacional: Reputacional	NIVEL	Resultad: % DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORAción DEL RIESGO: RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES
1	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	AUTOMATICO (25%)	50%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Monitoeo al Sistema eléctrico alterno para el fluido eléctrico (planta eléctrica) con mantenimientos a las baterias UPS del servidor 2. Seguimiento a la activación de copia automatizada y/o backup 3 veces al dia
2	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrative, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (más 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	SIN DOCUMENTAR	ALEATORIA	CON REGISTRO	Alto	Reparaciones parciales del cableado de la Red existente
3	Catastrófico 100% = Mayor a 500 SMLMV	100%	Catastrófico	BAJA: El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores. (40%)	#N/D	CATASTROFICO - Muy alta (Más de 5000 veces año) 100%	#N/D	PREVENTIVO (25%)	AUTOMATICO (25%)	50%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Extremo	Poco conocimiento y/o forma de conciencia, educación y formación en la seguridad de la información por parte de los funcionarios.

	PLAN DE ACción (ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): Acciones PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA: CRONOGRAMA (Tiempo Programado): R	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
1	1. Monitoeo al Sistema eléctrico alterno para el fluido eléctrico (planta eléctrica) con mantenimientos a las baterias UPS del servidor 2. Seguimiento a la activación de copia automatizada y/o backup 3 veces al dia	1. Certificación expedida por sistemas de los backups realizados al sistema de información, 2. Formato de llamados al servicio técnico eléctrico por novedades presentadas.	Jefe oficina de Sistemas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. De Backaup realizados en el mes/ Total de Backaup programadas para el mes X 100%
2	1. Elaborar un diagnóstico de las faltas e inconsistencias que presenta el cableado de la Red existente 2. Presentar el requerimiento y/o proyecto de la necesidad ante la Gerencia adjuntando el Diagnóstico. 3. Informe de visita técnica de las Actividades (reparaciones y/o cambio de Red)realizadas en los Centros de Atención	1. Un diagnóstico 2. Un requerimiento y/o proyecto de la necesidad ante la Gerencia adjuntando el Diagnóstico. 3. Informe de visita técnica de las Actividades (reparaciones y/o cambio de Red)realizadas en los Centros de Atención	Jefe oficina de Sistemas y equipo de trabajo de sistemas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	1. Un diagnóstico 2. Un requerimiento y/o proyecto de la necesidad ante la Gerencia adjuntando el Diagnóstico. 3. Informe de visita técnica de las Actividades (reparaciones y/o cambio de Red)realizadas en los Centros de Atención
3	1. Realizar capacitación al personal sobre la importancia de la seguridad de la información tanto la que es generada en cada puesto de trabajo como la existente en los software asistencial-HOSVITAL y financiero-SEVEN. 2. Verificar el funcionamiento del antivirus en los Equipos de cómputo de la E.S.E. Solución Salud.	Listado de Asistencia, Acta de capacitación, informe de la capacitación realizada a los funcionarios de los 17 Centros y al Nivel Central	Jefe oficina de Sistemas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. De personal capacitado sobre seguridad de la información por parte del área de sistemas /Total de funcionarios activos por capacitar sobre seguridad de la información X 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPción DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE								Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORAción DEL RIESGO		PLAN DE ACción (ADMINISTRACión DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA CRONOGRAMA (Tiempo Programado)												FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
						CAUSA									Afectación			Reputacional		Resultad									RESULTADO																			
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIA	CLASIFICACIÓN DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia Veces Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTAción	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACciones PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMAción/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
4		X			Posibilidad de contar con procedimientos, guías, caracterización, instructivos y/o Manuales desactualizados	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO, El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos, (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Manual de procesos de procedimientos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar y/o diseñar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023. 3 Socializar los procedimientos con todo el personal	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad 2.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados 3. Listado de socialización	Almacenista y equipo de trbajo de almacén			X		X								A 31 de marzo de 2023 A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 30 de Enero de 2023

RAFAEL HUMBERTO ANGEL RICO
Jefe Oficina de Sistemas

STELLA MEDINA SOLANO
Oficina Asesora de Planeación

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Asesora de Control Interno
Acompañamiento y asesoría en la formulación

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo a Planeación

Departamento del Meta Gobierno Departamental	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	APOYO	VIGENCIA:	2023
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGOS		
PROCESO:	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		
OBJETIVO DEL PROCESO	Garantizar, promover, mantener, conservar y mejorar las condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo a los servidores públicos, contratistas, proveedores, pasantes y visitantes durante el desarrollo de las funciones y/o actividades en el entorno laboral de la entidad en pro de disminuir los accidentes de trabajo y prevenir la aparición de enfermedades laborales, preservando un estado de salud, bienestar físico, mental y social de los trabajadores, dando cumplimiento a la normatividad vigente.		

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE								Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO: MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)															
						CAUSA									Afectación Económica			Reputacional		Resultado										RESULTADO				CRONOGRAMA CRONOGRAMA (Tiempo Programado)													
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAÍZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SIGOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIO N/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCION	INDICADOR
1					Posibilidad de carencia de la concertación del Plan de trabajo anual con la ARL POSITIVA como apoyo al desarrollo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo para la vigencia 2023	Falta de concertación con la ARL POSITIVA	Falta de concertación con la ARL POSITIVA	Operativo, legal y cumplimiento	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control	Operacional	9	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (mín 500- más 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alta	Plan anual de SST 2022	1. Reunión de concertación de actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo con la ARL POSITIVA. (Enero 2023) 2. Un Plan de trabajo documentado y firmado por las dos partes interesadas (Asesor ARL POSITIVA y Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo) 3. Registro de asistencia a reunión de concertación de plan de trabajo con la ARL POSITIVA para la vigencia 2023 4. Concertar el Plan de trabajo con la ARL POSITIVA como apoyo al desarrollo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo para la vigencia 2023 5. Radicar el Plan Anual de trabajo de SST a 31 de enero de 2023 ante la gerencia y subgerencia administrativa.	Acta de concertación, lista de asistencia, Plan concertado y radicación ante la gerencia y subgerencia administrativa	Responsable de SST	X											A 31 de enero 2023	Un Plan concetado con ARL ARL POSITIVA
2					Posibilidad de incumplimiento al procedimiento de rendición de cuentas al interior del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo conforme al articulo 2.2.4.6.8 del Decreto 1072 del 26 de Mayo 2015 y Resolución 312 de 2019	Falencia en la comunicación con las diferentes áreas	* Limitaciones en el alcance de la rotación de cuentas * Uso inadecuado de la información * Falta de recursos	Operativo, legal y cumplimiento	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	ALEATORIA	CON REGISTRO	Moderado	Se realizó en el 2022 la rendición de cuenta mas no existe un procedimiento.	1. Diseñar e implementar el Procedimiento de rendición de cuentas al interior del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo 2. Realizar la rendición de cuentas en el 2023 conforme a la normatividad vigente de la vigencia 2022 Rendir cuentas al interior del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la ESE Solución Salud en el marco del Capitulo 6 del Decreto 1072 del 26 de Mayo 2015 (Aplic MIPG y a toda el personal)	Procedimiento y documentación que hace parte integral de la rendición de cuentas	Responsable de SST					X				X			1.A 30 de Junio 2023 2. A abril 28 de 2023	Rendición de cuentas de SST

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	PROCESOS: Misional	PROCESOS: Apoyo	PROCESOS: Evaluación y Control	DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS - CAUSA: INMEDIATA	ANALISIS - CAUSA: RAIZ	ANALISIS: TIPO DE RIESGO	ANALISIS: CONSECUENCIAS	ANALISIS: CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE: PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	PROBABILIDAD INHERENTE: % Probabilidad	PROBABILIDAD INHERENTE: Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE - Afectación Económica: Afectación Económica	IMPACTO INHERENTE - Afectación Económica: %	IMPACTO INHERENTE - Afectación Económica: NIVEL DE AFECTACION	IMPACTO INHERENTE - Reputacional: Reputacional	IMPACTO INHERENTE - Reputacional: NIVEL	IMPACTO INHERENTE - Resultado: % DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE - Resultado: NIVEL DE IMPACTO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Implementación	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Calificación	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Documentación	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Frecuencia	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Evidencia	VALORACION DEL RIESGO - RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	VALORACION DEL RIESGO: CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO: MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACION/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCION	INDICADOR
3					Posibilidad de incumplimiento al programa anual de auditoría conforme al artículo 2.2.4.6.29 del Decreto 1072 del 26 de Mayo 2015	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control	* Limitaciones en el alcance de la auditoria * Uso inadecuado de la información * Falta de recursos * Personal insuficiente	Operativo, legal y cumplimiento	Incumplimiento con la normatividad vigente aplicable en materia de SST	Operacional	1	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Plan anual de trabajo SST	1. Diseñar el procedimiento de auditoría interna al SG-SST 2. Aprobar el Programa anual de auditoría (Oficina de Control Interno teniendo en cuenta que cumple con el perfil - Magíster en calidad y formación) 3. Ejecutar la auditoría al SG-SST de la ESE Solución Salud en el marco del Capítulo 6 del Decreto 1072 del 26 de Mayo 2015	Procedimiento, programa de auditoría e informe de auditoría al SG-SST	Responsable de SST y Control Interno						x					x		1. A 30 de junio de 2023 2. A 30 Noviembre de 2023	Un procedimiento de auditoría para SG-SST Un informe de auditoría con sus recomendaciones
4					Posibilidad de incumplimiento por parte de todos los integrantes tanto principales como suplentes del COPASST al curso de 50 horas de Seguridad y Salud en el Trabajo Decreto 1072 de 2015 y Resolución 312 de 2019 (Decreto 1072 de 2015: El artículo 2.2.4.6.35 requisito de hacer la capacitación obligatoria de 50 horas en SGSST.)	Incumplimiento de la norma	Incumplimiento de la norma	Operativo, legal y cumplimiento	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control	Operacional	8	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Los integrantes del COPASST no tiene formación del curso de 50 horas en SST	1. Realizar el curso de 50 horas de Seguridad y Salud en el Trabajo Decreto 1072 de 2015 y Resolución 312 de 2019 (Decreto 1072 de 2015: El artículo 2.2.4.6.35 requisito de hacer la capacitación obligatoria de 50 horas en SGSST) por parte de todos los integrantes del COPASST tanto principales como suplentes	Certificados del curso de 50 horas en SST	Integrantes del COPASST y Responsable de SST				x									A 30 de abril de 2023	Certificados del curso de 50 horas en SST (100% certificado)
5					Posibilidad de no aplicación del Decreto 1072 de 2015 , Resolución 312 de 2019 en la existencia y/o actualización del Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial	Desconocimiento	Desconocimiento	Operativo, legal y cumplimiento	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control	Operacional	1	Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	80%	Alta	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	SIN DOCUMENTAR	CONTINUA	SIN REGISTRO	Alto	Desconocimiento por parte de la responsable del proceso de la existencia del Reglamento de SST	1. Solicar asesoría con la ARL en materia de Reglamento de higiene y seguridad industrial 2. Búsqueda activa interna de la existencia del Reglamento de higiene y seguridad industrial 3. Diseñar y/o actualizar, aprobar y socializar con todo el personal de la entidad el Reglamento de higiene y seguridad industrial	Reglamento de higiene y seguridad industrial (Aprobado y Socializado)	Responsable de SST				x									A 31 de mayo de 2023	Un Reglamento de higiene y seguridad industrial (Aprobado y Socializado)

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE				IMPACTO INHERENTE							Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)			CRONOGRAMA CRONOGRAMA (Tiempo Programado)													
						CAUSA									Afectación Económica			Reputacional		Resultado									RESULTADO																	
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAÍZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
6					Posibilidad de contar con procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Procedimientos guías, Instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Legal, Cumplimiento y Operativo	Operacional	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces el año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Existe un procedimiento y formatos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área a 30 de junio 2023.	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad y control interno 2.Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Responsable de SST			X			X							A 31 de marzo de 2023 A 30 de junio de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 30 de Enero de 2023

MORALBA HURTADO ESPINOSA
Responsable de SST

CAROLINA MUÑOZ OCAMPO
Subgerente Administrativa y Logística

LOREN CRISTINA OCAMPO CABRERA
Jefe Recursos Humanos

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Asesoría y Acompañamiento en la formulación

Departamento del Meta	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	ADMINISTRATIVO	VIGENCIA:	2023
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGOS		
PROCESO:	TESORERIA		
OBJETIVO DEL PROCESO	Asesar, coordinar, ejecutar y responder por el manejo de los fondos, valores, documentos y papeles de propiedad de la Empresa y controlar los registros correspondientes a saldos y movimientos en Bancos.		

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	PROCESOS: Misional	PROCESOS: Apoyo	PROCESOS: Evaluación y Control	DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS CAUSA: INMEDIATA	ANALISIS CAUSA: RAIZ	ANALISIS: TIPO DE RIESGO	ANALISIS: CONSECCUENCIA	ANALISIS: CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE: PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	PROBABILIDAD INHERENTE: % Probabilidad	PROBABILIDAD INHERENTE: Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE: Afectación Económica: Afectación Económica	IMPACTO INHERENTE: Afectación Económica: %	IMPACTO INHERENTE: Afectación Económica: NIVEL DE AFECTACION	IMPACTO INHERENTE: Reputacional: Reputacional	IMPACTO INHERENTE: Reputacional: NIVEL	IMPACTO INHERENTE: Resultado: % DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE: Resultado: NIVEL DE IMPACTO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORACION DEL RIESGO: RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO: MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIO N/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCION	INDICADOR
1			X		Posibilidad de generar pagos electrónicos en el portal Bancario y/o cheque por mayor valor al valor causado en el comprobante de egreso (SARLAFT y SICOF)	1. Error de digitación 2. Cansancio mental e interrupción de terceros	1. Error en la digitacion del valor a pagar.	Financiero y Operativo, SARLAFT y SICOF	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Detrimento patrimonial. 2.Sanciones de los organismos de control	Operacional	46.000 giros al año	Muy alta (Más de 5000 veces al año) 100%	100%	Muy Alta	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MAYOR - Alta (más 500- más 5000 veces año) 80%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	AUTOMATICO (25%)	50%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Verifica los valores a pagar, los cuales están registrados en software y portal del proveedor que coincida la información.	1. Verificar los valores a pagar, los cuales están registrados en software y portal del proveedor que coincida la información comparado con los soportes fisicos.	Conciliación bancaria	Tesorera y contador (conciliación)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No de transacciones electrónicas pagadas mediante portal bancario por mayor valor (soporte del pago girado por mayor valor) / Total de comprobantes de Egreso elaborados por el Software SEVEN X 100
2			X		Posibilidad de Incumplimiento en el pago de las obligaciones fiscales (Retención en la fuente, Rete ICA, Estampillas Departamentales), generando sanciones y multas por extemporaneidad.- (SARLAFT - SICOF)	1. Falta de articulación de las dependencias en el manejo de la información sobre el calendario tributario para efectuar los pagos oportunamente en el proceso de Gestión Financiera.	Entrega de la información por parte de contabilidad el mismo día del vencimiento.	Operativo, tributario, cumplimiento, SARLAFT y SICOF	1. Multas, sanciones y hallazgos por los Entes de Control.	Operacional	300 presentaciones tributarias	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (más 500- más 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Aplicar el calendario tributario vigente (para pago de impuestos).	1. Recepción de relación entregada por el Contador descuentos por tercero (Libro auxiliar de la cuenta impuesto a cancelar) 2. Aprobación por parte del revisor fiscal del impuesto y valor a pagar. 3. Aplicar el calendario tributario vigente (para pago de impuestos).	Registros existentes en software SEVEN y soportes entregados por el area contable.	Tesorera	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. De Obligaciones fiscales (Impuestos) canceladas en la fecha establecida según calendario tributario / Total de obligaciones fiscales recepcionadas para pago en el mes X 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	PROCESOS: Misional	PROCESOS: Apoyo	PROCESOS: Evaluación y Control	DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS: CAUSA INMEDIATA	ANALISIS: CAUSA RAIZ	ANALISIS: TIPO DE RIESGO	ANALISIS: CONSECUENCIA	ANALISIS: CLASIFICACIÓN DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	PROBABILIDAD INHERENTE: PROBABILIDAD INHERENTE (Frecuencia de la Actividad)	PROBABILIDAD INHERENTE: % Probabilidad	PROBABILIDAD INHERENTE: Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE: Afectación Económica: Afectación Económica	IMPACTO INHERENTE: Afectación Económica: %	IMPACTO INHERENTE: Afectación Económica: NIVEL DE AFECTACION	IMPACTO INHERENTE: Reputacional: Reputacional	IMPACTO INHERENTE: Reputacional: NIVEL	IMPACTO INHERENTE: Resultado: % DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE: Resultado: NIVEL DE IMPACTO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Implementación	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Calificación	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Documentación	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Frecuencia	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Evidencia	VALORACION DEL RIESGO: RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	VALORACION DEL RIESGO: CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO-MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIÓN N/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
3			X		Posibilidad de no entregar oportunamente las conciliaciones bancaria dentro de las fechas establecidas en el procedimiento (20 de cada mes)	1. No contar con los documentos a tiempo (extractos bancarios, notas crédito y notas débito); 2. Falta de articulación de las dependencias en el registro de la información	1. Demora en la obtención de los extractos bancarios. 2. Falta de articulación de las dependencias en el registro de la información (ingresos)	Financiero, cumplimiento, Operativo	1. No se refleja la información real en los estados financieros. 2. Genera consecuencias fiscales para la Entidad.	Operacional	360 conciliaciones al año	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (mín 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	AUTOMATICO (25%)	50%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Solicitar al banco los extractos bancarios en forma oportuna. 2. Elaborar las conciliaciones bancarias de cada una de las cuentas bancarias activas e inactivas de la Entidad. 3. Hacer entrega de las conciliaciones bancarias al área de Contabilidad para su respectiva revisión y aprobación (firmas) los 20 días de cada mes.	1. Solicitar al banco los extractos bancarios en forma oportuna. 2. Elaborar las conciliaciones bancarias de cada una de las cuentas bancarias activas e inactivas de la Entidad. 3. Hacer entrega de las conciliaciones bancarias al área de Contabilidad para su respectiva revisión y aprobación (firmas) los 20 días de cada mes.	Conciliaciones bancarias	Tesorera y contador (conciliación)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. de Conciliaciones bancarias elaboradas y presentadas a contabilidad para revisión y aprobación / Total de cuentas activas e inactivas de la Entidad X 100
4			X		Posibilidad de incumplimiento en la entrega de la relación de los ingresos (consignaciones), en los periodos establecidos al área de Cartera.	1. Portal bancario está caído 2. Demora en la digitación por falta de tiempo y/o personal	1. Portal bancario está caído 2. Demora en la digitación por falta de tiempo y/o personal	Financiero, cumplimiento y Operativo	No identificación oportuna de los ingresos y se Incremente el valor de las consignaciones por identificar	Operacional	96 (2 días a la semana)	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	AUTOMATICO (25%)	50%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	1. Entregar al área de Cartera 2 veces por semana los reportes de los ingresos en las cuentas bancaria (correo electrónico) 2. Entregar semanal en físico con los soportes y consignaciones de los ingresos a cartera	1. Entregar al área de Cartera 2 veces por semana los reportes de los ingresos en las cuentas bancaria (correo electrónico) 2. Entregar semanal en físico con los soportes y consignaciones de los ingresos a cartera	Reportes del software SEVEN (consignaciones) y soportes bancarios.	Tesorera	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. de entidades pagadoras identificadas semanalmente / Total de consignaciones realizadas por las entidades pagadoras X 100
5			X		Posibilidad de contar con procedimientos, guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Procedimientos guías, instructivos y/o Manuales del área desactualizados	Operativo	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia	Operacional	1	Muy baja (2 veces al año) 20%	20%	Muy baja	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	Existe un procedimiento y formatos.	1. Diseñar y radicar un diagnóstico ante el área de calidad (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área al 31 de marzo de 2023. 2. Actualizar los documentos en caso de ser necesario (procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) del área	1. Diagnóstico radicado en el area de calidad 2.Caracterización, procedimientos guías, formatos, instructivos y/o Manuales actualizados y/o diseñados	Tesorera			X					X					A 31 de Marzo de 2023 A 30 de septiembre de 2023	1. Un Diagnóstico 2. No. de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) actualizados y/o diseñados / Total de documentos (Caracterización, procedimientos, guías, formatos, instructivos y/o Manuales) a proyectar x100

Villavicencio, 27 de Enero de 2023

JOHANNA STEPHANIE REY LOPEZ
Tesorera General

CAROLINA MEDINA CASTRO
Subgerente Administrativa y Logística (Jefe Inmediata)

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno
Asesoría y Acompañamiento en la formulación

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo Oficina de Planeación
Acompañamiento en la formulación

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DEL DEPARTAMENTO DEL META ESE SOLUCION SALUD	VERSION 01	Código FR-CI-17
	MAPA RIESGOS POR PROCESOS	FECHA VIGENCIA 2023/01/18	DOCUMENTO CONTROLADO

NIVEL:	DIRECCIONES CENTROS DE ATENCION	VIGENCIA:	2023
COMPONENTE:	ADMINISTRACION DE RIESGOS		
PROCESO:	CENTROS DE ATENCION PUERTO CONCORDIA		
OBJETIVO DEL PROCESO	Proponer el establecimiento, mantenimiento y mejoramiento continuo del sistema de control interno de la ESE Solución Salud, a través de la asesoría y evaluación de la eficiencia, eficacia y económia de los autocontroles definidos y asociados para cada uno de los procesos y actividades que desarrolla la Empresa.		

Nº DE RIESGO	PROCESOS				DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS					PROBABILIDAD INHERENTE			IMPACTO INHERENTE						Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control						VALORACION DEL RIESGO		PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR- PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO)					CRONOGRAMA CRONOGRAMA (Tiempo Programado)													
						CAUSA								Afectación Económica			Reputacional		Resultado							RESULTADO																							
	Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control		INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	Muy baja (2 veces al año) 20%	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional	NIVEL	% DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACION/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
1		X			Posibilidad de presentarse Inoportunidad en el control, vigilancia y seguimiento a las agendas de las consultas de PyP.	1.No disponibilidad de recurso humano (Aux. Enfermeria). 2. Baja demanda de servicios (servicios asistenciales). 3.Omisión o negligencia de aplicar los procesos por parte del personal asistencial	1.Personal insuficiente y/o sin conocimiento del proceso 2. Falta de seguimiento y control al proceso	Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Disminución en las atenciones a los programas de PyP 2. Afectación en el cumplimiento de las coberturas en los programas 3.Disminución de los ingresos y/o aumento de los descuentos de metas de PyP	Operacional	200	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Moderado 60% = Entre 50 y 100 SMLMV	60%	Moderado	MODERADO: El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos. (60%)	Moderado	MODERADO - Media (24 a 500 veces al año) 60%	Moderado	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Moderado	1. Planilla drive de consultas programas de pyp. 2. Informe consultas realizadas por profesional.	1. Realizar seguimiento, monitoreo y verificación a través de la plantilla de Drive las agendas - las Consultas Programadas, Realizadas, Inasistencias y las Reemplazadas de los profesionales de PyP 2. Socializar y presentar informe en la Reunión Mensual con el área. 3. Presentar las recomedaciones con pro de la mejora continua.	1.Acta reunión mensual de enfermeria area de pyp. 2. Informe - resultado mensual 3. Plantilla de Drive.	Director Centros de Atención y coordinador del proceso de PyP	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	Nº de Seguimientos realizados a las agendas de los Centros de Atencion al Programas de PyP / Total de seguimientos a las agendas de PyP programadas en el Centro de Atencion X 100
2		X			Posibilidad de no diligenciamiento correcta y completamente de la historia clinica por parte de los profesionales del área asistencial, no se pueden facturar la totalidad de los servicios prestados a los usuarios - SARLAFT	El no diligenciamiento correcta y completamente de la historia clinica por parte de los profesionales del area asistencial	1. Inadecuado diligenciamiento de la historia clinica por parte de los profesionales de área asistencial 2. Falta de tiempo para el proceso de diligenciamiento completo de la Historia Clinica	Legal, financiero, Cumplimiento y Operativo	1. Errores en la informacion estadistica de los datos que deben migrar de la Historia clinica para los reportes asistenciales 2. Investigaciones penales, disciplinarias y fiscales. 3. Presentar de glosas. 4. Detrimento patrimonial por no facturacion de la totalidad de los insumos o servicios prestados al usuario.	Operacional	2000	Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	80%	Alta	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Realizar verificación en HOSVITAL los últimos 5 días de cada mes y comienzo de cada mes de los pendientes presentados en HOSVITAL 2. De acuerdo a este informe notificar via correo electrónico al personal responsable de las inconsistencias presentadas en el sistema.	1. Realizar verificación en HOSVITAL los últimos 5 días de cada mes y comienzo de cada mes de los pendientes presentados en HOSVITAL 2. De acuerdo a este informe notificar via correo electrónico al personal responsable de las inconsistencias presentadas en el sistema. 3. Continuar con el seguimiento y control a fin de realizar el cierre efectivo y diligenciamiento de los campos en forma correcta.	Correo electrónico envio de información a los médicos y enfermeras.	Director Centro de Atención, profesionales asistenciales, auxiliares de enfermeria y demas personal asistencial	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	No. de historias clinicas sin cerrar en software asistencial HOSVITAL / Total de historias clinicas de pacientes atendidos en el Centro de Atencion x 100.

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control	DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS – CAUSA: INMEDIATA	RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al año)	Muy baja (2 veces al año) 20%	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE – Afectación Económica: Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional: Reputacional	NIVEL	Resultado: % DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORACION DEL RIESGO – RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACIONPRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCION	INDICADOR
3		X			Posibilidad de Pérdida de biológicos y/o pérdida de la cadena de frío (SARLAFT y SICOF)	1. Fallas en el fluido eléctrico 2. Fallas en la custodia y Transporte de biológicos. 3. Falta de control a los los movimientos de los biológico	1. Fallas en el fluido eléctrico 2. Fallas en la custodia y Transporte de biológicos. 3. Falta de control a los los movimientos de los biológico	Financiero, Reputacional, Corrupción y Cumplimiento (SARLAFT Y SICOF)	1. Hallazgos por entes de vigilancia y control 2. Incumplimiento a la norma 3. Costos monetarios 4. Sanciones	Operacional	730	Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	80%	Alta	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a niv[illegible] de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Formato de curva de temperatura estandarizado por el Ministerio de Salud y Protección Social. 2. Formato de movimiento de biológico estandarizado por el Ministerio de Salud y Protección Social por cada vacuna	1. Verificar la toma y registro de temperatura de los refrigeradores 2 veces al dia durante los 365 días del año. 2. Verificar semanal por parte de la vacunadora diaria evidenciando con firma y fecha de la revisión por parte de: la jefe semanalmente y director mensualmente 3. Realizar seguimiento, asistencia tecnica y capación al programa de vacunación de la ESE Solución Salud por parte del Nivel Central - Enfermera de vacunación 4. Notificación por correo electrónico de la fecha de entrega de los informes a Secretaria Departamental de Salud, Secretaria Municipal de Salud, por parte de los centros de atención 5. Realizar el adecuado almacenamiento, custodia y conservación de las vacunas por parte de los centros de atención.	1. Hoja de control de Curvas de temperatura del programa 2. Informes radicados los primeros 5 días de cada mes 3. Acta de capacitaciones	Director Centro de Atencion, Enfermera de vacunación, Auxiliares del programa PAI y auxiliares de vacunación de los centros de atención.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Diariamente	1. No. Veces que no ha registrado la toma de la temperatura de la cadena de frío / Total de veces a registrar la temperatura X 100 2. No. de biológicos extraviados / Total de biológicos recibidos por la Red de Frío X 100
4		X			Posibilidad de que exista un inadecuado diligenciamiento de la bitácora de traslado asistencial y salvaguarda de estos archivos. - SARLAFT	1. Seguimiento y control a los formatos diligenciados	1. Incumplimiento de los procedimientos establecidos por parte del personal asistenci[illegible]	Legal, financiero, Cumplimiento y Operativo	1. Detrimento patrimonial 2. Entregar paciente con nombre equivocado que no coinciden los registros	Operacional	200	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Diligenciar correctamente las Bitácoras por servicios prestados en las Ambulancias. 2. Llevar el control de los servicios prestados en las bitácoras.	1. Diligenciar correctamente las Bitácoras por servicios prestados en las Ambulancias. 2. Llevar el control de las bitácoras de los servicios prestados 3. Conservar en bien estado y salvaguardar las bitacoras de los Traslados de ambulancia para cobro y/o respuesta a glosa por los pservicios prestados	1. Medio magnético informe consolidado de bitácoras con los hallazgos evidenciados.	Director Centro de Atencion, Conductores de Ambulancias, auxiliares de ambulancia, Enfermera del servicio de urgencias de los centros de atención.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. de bitácoras diligenciadas correctamente / Total de servicios prestados a los usuarios en el transporte de ambulancia X 100
5		X			Posibilidad de que exista un Inventario de insumos de farmacia incompleto en la ambulancia - SARLAFT	Falta de seguimiento y control a los Inventarios de farmacia	1. Falta de control de los inventarios de farmacia 2. Incumplimiento de los procedimientos establecidos por parte del personal asistenci[illegible]	Legal, financiero, Cumplimiento y Operativo	1. Detrimento patrimonial 2. Mala atención	Operacional	100	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a niv[illegible] de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	Alto	1. Dar aplicabilidad al control de entrega de inventario entre turnos con los responsables de las ambulancias, con el diligenciamiento del check list diseñado de los elementos e insumos existentes en las ambulancias, por parte de los conductores y auxiliares. 2. Realizar revision general de insumos medicos por parte de la regente de farmacia del Centro de Atencion, una (1) vez al mes a las ambulancias en servicio.	1. Dar aplicabilidad al control de entrega de inventario entre turnos con los responsables de las ambulancias, con el diligenciamiento del check list diseñado de los elementos e insumos existentes en las ambulancias, por parte de los conductores y auxiliares 2. Realizar revision general de insumos medicos por parte de la regente de farmacia del Centro de Atencion, una (1) vez al mes a las ambulancias en servicio. 3. Generar Informe consolidado de la revision y/o seguimiento de control realizado por la regente de farmacia del Centro de Atencion y el cruce del inventario con lo inicialmente entregado por farmacia como Stock, el cual debe coincidir, en caso de haber faltantes o sobrantes o presentarsen en mal estado o vencidos la regente de [illegible]	1. Contancia firmada por el Director del Centro de Atencion y Regente de Farmacia del Centro de Atencion (del informe de seguimiento realizado al proceso y soporte de las respectivas entregas del informe a las areas de mayor competencia).	Director Centro de Atencion, Regente de Farmacia del Centro de Atencion, Conductore[illegible] de Ambulancias, auxiliares de ambulancia, Enfermera del servicio de urgencias de lo[illegible] centros de atención.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. de chequeos entregados sin faltantes entre turno y turno / Total de entrega de turnos realizados en el mes X 100 No. De Informes de seguimiento y control realizados por la regente de farmacia del Centro de Atencion/Total de Informes de Seguimientos y control a realizar en el periodo a evaluar X 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	PROCESOS: Misional	PROCESOS: Apoyo	PROCESOS: Evaluación y Control	DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS – CAUSA: INMEDIATA	ANALISIS – CAUSA: RAIZ	ANALISIS: TIPO DE RIESGO	ANALISIS: CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al	PROBABILIDAD INHERENTE: Muy baja (2 veces al año) 20%	PROBABILIDAD INHERENTE: % Probabilidad	PROBABILIDAD INHERENTE: Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE – Afectación Económica: Afectación Económica	IMPACTO INHERENTE – Afectación Económica: %	IMPACTO INHERENTE – Afectación Económica: NIVEL DE AFECTACION	IMPACTO INHERENTE – Reputacional: Reputacional	IMPACTO INHERENTE – Reputacional: NIVEL	IMPACTO INHERENTE – Resultado: % DE IMPACTO	IMPACTO INHERENTE – Resultado: NIVEL DE IMPACTO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia
6		X			Posibilidad de incumplimiento con el cierre de facturacion mensual y/o no facturacion de la totalidad de los servicios admisionados -SARLAFT	1. Falta de seguimiento y control a los servicios prestados 2. Incumplimiento a las funciones asignadas como Directores de los Centros de Atencion	1. No se facturan la totalidad de los servicios admisionados durante el periodo 2. Falta de seguimiento y control a los servicios prestados a los usuarios	Legal, financiero, Cumplimiento y Operativo	1. El no reconocimiento de las facturas por parte de las E.R.P. por la no radicacion oportuna 2. Detrimento patrimonial 3. Disminución de los ingresos	Operacional	100	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO
7		X			Posibilidad de no dar cumplimiento a los requerimientos y lineamientos de la Resolución de la Apertura y asignación de la caja menor de la vigencia - SARLAFT	1. Hallazgos de Entes de control y vigilancia 2. Sanciones de los organismos de control	1. Realizar gastos no autorizados y/o no incluidos en los rubros presupuestales 2. Obstaculización del proceso de auditoría por parte de los auditados	Legal, financiero, Cumplimiento y Operativo	1. Hallazgos de los Entes de control interno y externo 2. Sanciones disciplinarias 3. Gastos no autorizados y/o no pertinentes al rubro presupuestal	Operacional	4 (Reembolsos al año)	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO
8		X			Posibilidad de pérdida y/o desviación de los dineros, faltantes y/o sobrantes, descuentos de la Caja Menor y/o no legalizar la caja menor al cierre de la vigencia(SARLAFT)	1. Legalización de dineros sin el respectivo respaldo (Factura de venta, cuenta de cobro y/o documento equivalente, recibo de caja menor). 2. Falta de seguridad para salvaguardar los dineros de la caja Menor. 3. Utilización indebida de los recursos del fondo fijo de Caja Menor.	1. Deficiencia en la custodia y ejecucion de los recursos de caja menor. 2. Desconocimiento o incumplimiento a la normatividad vigente. 3. Falta de control y seguimiento al manejo de los recursos asignados.	Financiero, Legal, Cumplimiento y Operativo	1. Sanciones administrativas, disciplinarias. 2. Hallazgos por parte de los Entes de Control. 3. Pérdida de recursos del Estado. 4. Detrimento patrimonial	Operacional	4	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (min 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	CORRECTIVO (10%)	MANUAL (15%)	25%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO

Nº DE RIESGO	VALORACION DEL RIESGO – RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR: PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACION/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCION	INDICADOR
6	Alto	1. Reporte de Software Asistencial de Admisiones sin facturar, facturas sin remitir y/o radicadas y no remitidas al nivel central. 2. Auditoria Concurrente desde el Nivel Central como seguimiento al proceso de facturacion	1. Elaborar la facturacion mensual de la totalidad de los servicios admisionados. 2. Realizar control y seguimiento a los registros del software asistencial-HOSVITAL, previo al cierre mensual, para determinar lo pendiente y subsanarlo antes de cerrar el periodo. 3. Radicar oportunamente la totalidad de las facturas elaboradas en el periodo y/o remitirlas al nivel central para su radicacion segun las instrucciones recibidas. 4. Realizar auditoria previa a los servicios a facturar por evento para subsanar y evitar posibles glosas.	1. Certificacion expedida por el Director del Centro y el lider de facturacion, de las admisiones de servicios pendientes de facturar(cantidad y costo total),facturas sin remitir (cantidad y costo total), facturas radicadas y remitidas al nivel central (cantidad y costo total), facturas anuladas (cantidad) con sus respectivas observaciones según lo que corresponda.	Director Centro de Atencion y personal de facturacion	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. Admisiones generadas en el mes y facturadas /Total de admisiones generadas en mes para facturar X100
7	Alto	Revision y legalizacion de los gastos causados en el centro de atencion, descuentos y soportes por parte de la Tesorera en el nivel central (cuando se solicita reembolsos o cierre final de vigencia).	1. Llevar un control por rubro presupuestal de los gastos que va causando para determinar saldos y no pasarse de estos. 2. Revisar la Resolucion y darle aplicabilidad al documento. 3. Realizar oportunamente las consignaciones de los descuentos generados por los gastos causados con recursos de caja menor.	Hoja de reporte de SEVEN de los gastos causados al cierre del periodo	Director Centro de Atencion	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Mensual	Valor causado por gastos y/o ejecutado/Tota l de recursos asignados para ejecutar X 100
8	Alto	1. Autocontrol en el manejo de los recursos de la caja Menor. 2. Legalización oportuna de dineros de la caja Menor con los soportes respectivos.	1. Autocontrol en el manejo de los recursos de la caja Menor. 2. Legalización oportuna de dineros de la caja Menor con los soportes respectivos. 3. Elaborar formatos de caja Menor de acuerdo al procedimiento de caja establecido. 4. Solicitar reembolso de caja menor cuando se necesite o se agoten los recursos de acuerdo a la resolución asignada. 5. Cierre definitivo anual hasta el último día hábil bancario 6. Autocontrol en el manejo de los recursos de la caja Menor dando cumplimiento a lo registrado en la resolución de apertura, asignación y procedimiento de la caja menor 7. Legalización oportuna de dineros de la caja Menor con los soportes respectivos	1. Reporte de gastos y descuentos de caja menor por rubro presupuestal con Recibos de caja elaborados en SEVEN 2. Libros auxiliares de bancos, caja, reportes del software SEVEN y soportes entregados por el responsable de la caja menor.	Director Centro de Atencion	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. De recibos de caja Menor debidamente legalizados / Total de pagos realizados por caja Menor X 100

Nº DE RIESGO	PROCESOS: Estratégico	Misional	Apoyo	Evaluación y Control	DESCRIPCION DEL RIESGO	ANALISIS: CAUSA: INMEDIATA	CAUSA: RAIZ	TIPO DE RIESGO	CONSECUENCIAS	CLASIFICACION DE RIESGO SARLAFT Y SICOF	PROBABILIDAD INHERENTE: FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD (No. veces que realiza la actividad al	Muy baja (2 veces al año) 20%	% Probabilidad	Nivel Probabilidad	IMPACTO INHERENTE: Afectación Económica: Afectación Económica	%	NIVEL DE AFECTACION	Reputacional: Reputacional	NIVEL	Resultado: % DE IMPACTO	NIVEL DE IMPACTO	Evaluación del riesgo - Valoración de Atributos del control: Tipo	Implementación	Calificación	Documentación	Frecuencia	Evidencia	VALORACION DEL RIESGO: RESULTADO: SEVERIDAD (NIVEL DE RIESGO) - RIESGO RESIDUAL (Probabilidad vs. Impacto)	CONTROLES EXISTENTES	PLAN DE ACCION (ADMINISTRACION DEL RIESGO- MITIGAR, PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO): ACCIONES PREVENTIVAS	FUENTE DE INFORMACI ON/PRODUCTO ENTREGABLE	RESPONSABLE	CRONOGRAMA (Tiempo Programado): E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	FECHA EJECUCIÓN	INDICADOR
9		X			Posibilidad de no realizar consignación de los dineros recaudados en efectivo, en los diferentes centros de Atencion en Salud por la prestación de los Servicios oportunamente en la Entidad Bancaria asignada por Tesoreria del Nivel central (SARLAFT).	1. La Omisión en realizar el proceso de consignacion oportunamente. 2. Desconocimiento del proceso	1. Desconocimiento e incumplimiento a la normatividad	Financiero, cumplimiento, Operativo y SARLAFT	1. Dejar de recibir los ingresos adquiridos por la prestación de los servicios asistenciales en cada uno de los Centros de salud de la Entidad oportunamente. 2. No existencia de la Póliza de manejo de dinero para el personal que realiza el proceso en los Centros de Atencion. 3. Incumplimiento al proceso de causacion contable. 4. No se refleja la información real del disponible en los Estados Financieros. 5. Alta posibilidad de pérdida de los recursos (robo, atraco)	Operacional	264 (22 dias X 12 meses)	Media (24 a 500 veces al año) 60%	60%	Media	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (mín 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	ALTA	1. Poliza vigente de manejo de dinero. 2. Realizar arqueos de caja a los centros de Atencion 3. Consignar el dinero recaudado el mismo dia en la entidad bancaria.	1. Verificar que exista Poliza vigente de manejo de dinero. 2. Realizar arqueos de caja en el Centro de Atencion por parte del Director del Centro de Atencion 3. Consignar el dinero recaudado el mismo dia en la entidad bancaria. 4. Realizar la verificacion del reporte de Boletin de Caja vs consignaciones realizadas, dinero en efectivo y recibos de caja elaborados en el software 5. Elaborar la conciliación de caja mensualmente de los diferentes centros de Atencion, de acuerdo al dinero consignado junto con el dinero pendiente por consignar segun el reporte del boletin de caja. 5. Hacer seguimiento y control al proceso de recaudos del Centro de Atención, a los recursos de ventas a particulares, copagos, cuotas moderadoras, entre otros.	1. Reporte de Boletin de caja 2. Arqueos de caja realizados por el Director del Centro de Atencion 3. Reporte de seguimiento y control a los recusos recaudades en los Centros de Atencion por parte de Tesoreria del Nivel Central 4. Registros existentes en software SEVEN y HOSVITAL, soportes de consignaciones y reportes entregados por los responsables de cada centro de Atencion a Tesoreria	Director Centro de Atencion y Tesorera del Nivel Central	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	No. de Arqueos a los recursos recibidos por caja de ventas a particulares, copagos, cuotas moderadoras, entre otros; realizados por el Director del Centro de Atencion en el mes / Total de Asqueos de caja programados en el mes X 100
10		X			Posibilidad de incumplimiento de la Ley 1474 de 2011, Manual de Supervision y demás normatividad vigente (en lo relacionado con las obligaciones y deberes de los supervisores) (SARLAFT y SICOF)	1. Incumplimiento del contratista con la entrega de documentación requerida para la ejecución del contrato.	1. Incumplimiento al Manual de Supervisión y Ley 1474 de 2011. 2.Deficiente control y seguimiento a la ejecución del contrato, pago de seguridad social soportes de las actividades de acuerdo a las obligaciones especificas.	Legal, Cumplimiento, Financiero, Operativo y SARLAFT y SICOF	1. Hallazgos por los Entes de vigilancia y control. 2. Sanciones disciplinarias 3. Causal de mala conducta para el funcionario público que omita el cumplimiento de su deber. 4. Incumplimiento en los plazos de ejecución de lo contratado y/o demora o no pago la factura o cuenta de cobro al contratista. 5. Incumplimiento de las actividades especificas del contratista 6. Si el contratista no cumple con el pago al sistema general de seguridad social Incurre en un Impimiento contractual.	Operacional	20	Baja (3 a 24 veces al año) 40%	40%	Baja	Mayor 80% =Entre 100 y 500 SMLMV	80%	Mayor	MAYOR: El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal. (80%)	Mayor	MAYOR - Alta (mín 500- máx 5000 veces año) 80%	Mayor	PREVENTIVO (25%)	MANUAL (15%)	40%	DOCUMENTADO	CONTINUA	CON REGISTRO	ALTA	1. Realizar control y seguimiento a la ejecución del contrato, pago de seguridad social y soportes de las actividades de acuerdo a las obligaciones especificas. 2.Recibir capacitacion por parte del area juridica sobre el cumplimiento al Manual de supervisión e Interventoria de la E.S.E. Solucion (2 capacitaciones al año) 3. Revisar que la cuenta y/o factura cumpla con los requisitos de Ley, que se entreguen los soportes establecidos en el contrato y adjuntar la certificación e informe del supervisor, dando fé del cumplimiento de las obligaciones contractuales del contratista, verificacion del pago de la Seguridad social y demás requisitos que exije la normatividad vigente. Para el caso de persona juridica verificar la certificación del Revisor Fiscal y/o contador Público con los respectivos	1. Realizar control y seguimiento a la ejecución del contrato, pago de seguridad social y soportes de las actividades de acuerdo a las obligaciones especificas. 2.Recibir capacitacion por parte del area juridica sobre el cumplimiento al Manual de supervisión e Interventoria de la E.S.E. Solucion (2 capacitaciones al año) 3. Revisar que la cuenta y/o factura cumpla con los requisitos de Ley, que se entreguen los soportes establecidos en el contrato y adjuntar la certificación e informe del supervisor, dando fé del cumplimiento de las obligaciones contractuales del contratista, verificacion del pago de la Seguridad social y demás requisitos que exije la normatividad vigente. Para el caso de persona juridica verificar la certificación del Revisor Fiscal y/o contador Público con los respectivos		Director Centro de Atencion	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Permanente	1. No. De contratos ejecutados con informe de supervision realizada /Total de contratos asignados para Supervision X 100 2. No. de capacitaciones recibidas como supervisor de contratos/Total de capacitaciones programadas para la vigencia X 100

MAGDA YESENIA ZABALA CALLEJAS
Director Centro de Atencion de la Puerto Concordia

LUZ MARIA CARREÑO LEON
Subgerente Asistencial

OLGA LUCIA BAQUERO SUAREZ
Jefe Oficina Control Interno

ALBA DEL PILAR GARCIA GUAYABO
Apoyo a Planeacion